

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou  
diabetes mellitus na ESF Dr. René Baccin, Espumoso/RS**

**Sahilin Astorac Perez**

**Pelotas, 2015**

**Sahilin Astorac Perez**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou  
diabetes mellitus na ESF Dr. René Baccin, Espumoso/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização em  
Saúde da Família EaD da Universidade  
Federal de Pelotas em parceria com a  
Universidade Aberta do SUS, como requisito  
parcial à obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: Niviane Genz

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

P438m Perez, Sahilin Astorac

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na ESF Dr. René Baccin, Espumoso/RS / Sahilin Astorac Perez; Niviane Genz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

112 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Genz, Niviane, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho, em primeiro lugar a Deus, que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

À minha família, que sempre medeu força, coragem e constante apoio para seguir em busca dos meus objetivos.

Ao meu pequeno príncipe, **Enmanuel Almaguer**, por ter me proporcionado a maior felicidade deste mundo, pela paciência à espera de minha chegada e pelos momentos felizes que passamos juntos e que me enchem de satisfação por ser mãe.

À todos aqueles que de alguma forma estiveram e que ainda estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## **Agradecimentos**

À minha orientadora Niviane Genz, que dedicou seu tempo e compartilhou sua experiência para que minha formação fosse também um aprendizado de vida, meu carinho e agradecimento.

À Universidade, pela oportunidade de fazer o curso.

À equipe de saúde da unidade, que fez parte deste trabalho e que vão continuar presentes em minha vida, com certeza.

Agradeço à minha família por compreender minha ausência e por seu apoio incondicional.

## Resumo

PEREZ, Sahilin Astorac. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes na ESF Dr. René Baccin, Espumoso/RS.** 2015. 110f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O controle adequado dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e com Diabetes mellitus deve ser uma das prioridades da Atenção Primária à Saúde a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequado dessas afecções são essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Estas doenças crônicas são responsáveis por um grande número de mortes, hospitalizações, amputações, doenças renais crônicas entre outras complicações. A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é um importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de usuários hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento destas doenças crônicas está relacionado à melhoria da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Assim, realizamos na Unidade de Estratégia da Saúde da Família Dr. René Baccin, no município de Espumoso/RS uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à unidade de saúde. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Ao longo dos três meses de intervenção foram avaliados 50,5% (208) das pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais e 46,5% (53) das pessoas com diabetes com 20 anos ou mais. Foram realizadas avaliação clínica e odontológica, monitoramento por meio de exames complementares, prescrição e fornecimento de medicações, avaliação do risco cardiovascular além de ações educativas com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos e com a comunidade em geral. Tanto nas consultas individuais quanto em palestras e visitas domiciliares foram realizadas orientações quanto à alimentação saudável, prática regular de atividade física, sobre os fatores de riscos, saúde bucal, alerta às complicações, importância do monitoramento da saúde, objetivando também com estas ações alcançar melhoria da saúde para os demais membros da família. Entende-se que as atividades realizadas buscaram contribuir para a discussão, percepção e uma nova forma de pensar dos profissionais, dos hipertensos e/ou diabéticos e da população em geral quanto à importância do desenvolvimento de uma abordagem multiprofissional e educativa direcionada para a promoção e prevenção da saúde desses usuários.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão; diabetes mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Mapa do município de Espumoso/RS com seus municípios limites.	08
Figura 2	Fotografia da vista aérea do município de Espumoso/RS.	12
Figura 3	Fotografia da vista de alguns pontos da cidade de Espumoso/RS	12
Figura 4	Fotografia de parte da equipe de saúde da Unidade Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.	14
Figura 5	Fotografia da vista frontal da Unidade de Saúde Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.	15
Figura 6	Fotografia da vista da estrutura interna da Unidade de Saúde Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.	15
Figura 7	Fotografia da vista da estrutura interna da Unidade de Saúde Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.	16
Figura 8	Fotografia da vista da estrutura interna da Unidade de Saúde Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.	16
Figura 9	Fotografia da vista da estrutura interna da Unidade de Saúde Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.	17
Figura 10	Fotografia da reunião com a equipe de saúde Drº René Baccin, no município de Espumoso/RS, 2015.	71
Figura 11	Fotografia da avaliação de um hipertenso em sua residência por ocasião da visita domiciliar da equipe de saúde Drº René Baccin, no município de Espumoso/RS, 2015.	72
Figura 12	Fotografia da avaliação de um hipertenso em sua residência por ocasião da visita domiciliar da equipe de saúde Drº René Baccin, no município de Espumoso/RS, 2015.	72
Figura 13	Fotografia da reunião com os grupos e comunidades no salão comunitário no município de Espumoso/RS, 2015.	73
Figura 14	Fotografia da reunião com os grupos e comunidades no salão comunitário no município de Espumoso/RS, 2015.	74
Figura 15	Fotografia da reunião com os grupos e comunidades no salão comunitário no município de Espumoso/RS, 2015.	74
Figura 16	Fotografia da reunião com os grupos e comunidades no salão comunitário no município de Espumoso/RS, 2015.	75
Figura 17	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde nos meses de fevereiro, março e maio de 2015, Espumoso/RS.	81
Figura 18	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde nos meses de fevereiro, março e maio de 2015, Espumoso/RS.	81
Figura 19	Fotografia da consulta Odontológica na ESF Drº René Baccin no município de Espumoso/RS.	84
Figura 20	Quadro demonstrativo da situação da Unidade de Saúde Drº René Baccin no município de Espumoso/RS anterior e após a intervenção realizada na unidade de fevereiro a junho de 2015.	94

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS 2	Centro de Referência de Assistência Social 2
CPERS	Centro dos professores do Rio Grande do Sul
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBS	Equipe Básica de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Sistema de Atendimento Médico-Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	30
2Análise Estratégica.....	31
2.1 Justificativa.....	31
2.2 Objetivos e metas .....	33
2.2.1 Objetivo geral .....	33
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	33
2.3 Metodologia.....	35
2.3.1 Detalhamento das ações.....	35
2.3.2 Indicadores.....	59
2.3.3Logística.....	65
2.3.4Cronograma .....	68
3 Relatório da Intervenção .....	70
3.1Ações previstas e desenvolvidas .....	70
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	77
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	77
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	77
4 Avaliação da intervenção .....	79
4.1 Resultados .....	79
4.2 Discussão.....	89
5 Relatório da intervenção para gestores.....	93
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	99
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	103
Referências.....	105
Anexos .....	106

## **Apresentação**

Este trabalho teve como objetivo qualificar o Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à Unidade de Estratégia de Saúde da Família Drº René Baccin do Município de Espumoso/RS.

O Projeto de pesquisa evidenciou a importância da ação despertando nos profissionais da equipe de saúde a relevância desta ação para a comunidade. Também contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde.

No primeiro capítulo é apresentado a análise situacional apresentando o município ao qual pertence a unidade e, ainda a descrição da unidade com uma análise do processo de atenção à saúde.

No segundo capítulo, apresentamos a análise estratégica utilizada, com seus respectivos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, detalhando cada um destes componentes.

No terceiro capítulo, é apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação à rotina do serviço das ações previstas no projeto.

O quarto capítulo apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

No capítulo cinco e seis é apresentado o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, respectivamente.

No capítulo sete apresentará uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ainda, na continuação consta a bibliografia utilizada

para este trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da ação.

## 1 Análise Situacional

### 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Espumoso está localizado na região norte do Rio Grande do Sul, distando 275 Km de Porto Alegre/RS. O município possui cerca de 15.240 habitantes sendo a maioria descendentes de alemães e italianos. O turismo rural é o mais praticado com Rodeios Interestaduais e muitas Festas Religiosas.



Figura 1 – Mapa do município de Espumoso/RS com seus municípios limites. Disponível em: [https://www.google.com.br/search?q=mapas+de+espumoso/rs&ie=utf-8&oe=utf-8&gws\\_rd=cr&ei=qAWpVbWJl8ODwgTonKK4Cw](https://www.google.com.br/search?q=mapas+de+espumoso/rs&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=qAWpVbWJl8ODwgTonKK4Cw)

A coleta de lixo urbano é feito diariamente e depositado em um aterro distante 8 km da cidade, o lixo hospitalar é recolhido e queimado in loco.

A cidade de Espumoso possui 7 Unidades de Saúde sendo 5 localizados na área urbana e 2 na área rural. Eu atuo na ESF Dr. René Baccin fundada em 2012 e encontra-se dividida em 8 micro-áreas. Destas, 6 estão com a população cadastrada e nas demais ainda não foi concluído devido a falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A Unidade possui 3.432 usuários perfazendo um total de 570 famílias. Destes, 1.952 são do sexo feminino e 1.480 do sexo masculino. O total de menores de 1 ano são 41 crianças e temos 12 gestantes. Quanto às doenças

crônicas temos 224 usuários hipertensos, 94 diabéticos, 68 asmáticos. Entre as doenças infecciosas encontram-se as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) que variam muito durante o ano devido ao clima predominante na região. Há uma elevada taxa de usuários tabagistas, outros dependentes de antidepressivos e dependentes alcoólicos. Ainda temos usuários com HIV, oncológicos e acamados com paralisia infantil e doenças terminais.

A equipe é composta por duas médicas Cubanas do Programa Mais Médicos (eu e mais uma colega), quatro médicos brasileiros (2 clínicos gerais, um ginecologista e um cirurgião), três técnicos em enfermagem, dois odontólogos, uma enfermeira, uma recepcionista, seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e dois higienizadores. Os usuários que necessitam de atendimento de outras especialidades como nutricionista, pediatria, ortopedista, entre outras são encaminhados à UBS Dr. Gerardo Barbosa que está localizada na área urbana.

O atendimento na ESF é realizado de segunda a sexta-feira, com exceção de quarta-feira que é dedicado ao estudo dos profissionais de saúde. O horário de atendimento no turno da manhã é das 8h ao meio dia e no turno da tarde das 13:30 às 17:00h.

As consultas médicas são agendadas pela recepcionista não deixando de atender à demanda espontânea. As consultas para os usuários com doenças crônicas ou para aqueles que necessitam de um acompanhamento são pré-agendadas após a última consulta.

Procedimentos como vacinas, administração de medicamentos, curativos, coletas de exame citopatológico, entre outras são realizados diariamente sendo o enfermeiro o responsável por esta atividade. Em casos de emergência, os primeiros socorros são prestados na Unidade e, após, o usuário é imediatamente encaminhado para o Hospital de referência do município por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

São realizadas visitas domiciliares pelas médicas, enfermeira e ACS uma vez na semana priorizando os usuários com doenças crônicas, gestantes, crianças menores de um ano e acamados. A agenda de visitas é organizada pelos ACS conforme necessidades das famílias. Ainda são realizadas, pelas médicas e pela enfermeira, palestras na comunidade bem como na própria UBS

objetivando a promoção e prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis.

A equipe de saúde é adequada para atender a demanda da unidade. Temos como objetivo melhorar os indicadores de saúde do município aprimorando o atendimento à população.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Espumoso está localizado na região norte do Rio Grande do Sul, sendo a maior cidade da microrregião do Alto Jacuí. Faz limite com os municípios de Campos Borges, Alto Alegre, Jacuizinho, Soledade, Tapera, Mormaço e Victor Greaf distando 275 km de Porto Alegre/RS. A população, na sua maioria descendente de alemães e italianos é de, aproximadamente, 15.240 habitantes em uma área de 783.065 Km<sup>2</sup>. A economia predominante é a produção agropecuária, leiteira, soja e comércio.



Figura 2 – Vista aérea do município de Espumoso/RS. Disponível em: <http://www.espumoso.net/noticias/2011-003.php>



Figura 3 – Vista de alguns pontos da cidade de Espumoso/RS. Disponível em: <http://www.espumoso.net/noticias/2011-003.php>

Na área urbana, 96% das residências são abastecidas com água de poços artesianos tratados pela Companhia Riograndense de Saneamento (CORSAN). Quanto à coleta de lixo, o mesmo é realizado diariamente e depositado em um aterro distante 8 km da cidade. O lixo hospitalar é recolhido em

incinerado in loco. Há também na cidade diversas fábricas de roupas e de calçados.

No município há Escolas de Ensino Médio, Escolas Estaduais Escolas de Educação Infantil, Escolas Particulares e Centro de Professores do Estado do Rio Grande do Sul (CPERS). A educação se faz com vontade, interesse, dedicação e comprometimento de todos multiplicando o sucesso a partilha de solidariedade, tendo como resultado um cidadão consciente e feliz.

Quanto à cultura e turismo o município carece de hotelaria e os restaurantes apresentam uma gastronomia pouco atrativa. O turismo rural é o mais praticado, destacando-se os Rodeios Interestaduais, Seminário Internacional de Educação e Atividades Religiosas. Destacam-se atividades Pascoais com a Encenação da Paixão e morte de Cristo, Semana das Crianças, Semana Farroupilha, Semana Cultural, Recital de Corais e o Festival Internacional de Folclore realizado a cada dois anos.

O município tem como modelo de atenção em saúde predominante o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece atendimento, majoritariamente à população de poder socioeconômico baixo. Os serviços de saúde do município estão distribuídos em duas Unidades de Saúde urbanas. Destas, uma unidade é ESF e a outra urbana é mista (tradicional e ESF) e, ainda no interior do município temos cinco pequenas unidades de saúde que são tradicionais. Estas oferecem atendimento à população uma vez por semana. Além disso, há um Hospital Municipal privado, mas também tem convênio com o SUS, com uma capacidade para 100 leitos, neste hospital são atendidas as demandas de urgências e emergências.

Há no município dois laboratórios clínicos privados que prestam serviços para o SUS mediante convênios e um junto ao hospital. Os exames complementares mais simples são realizados no próprio município como Hemoquímica sanguínea, Urocultura, Exame de fezes, Ultrassonografias, Radiografias, entre outros. Já os exames de maior complexidade como Ressonância Magnética Nuclear, Tomografia Axial Computadorizada, entre outros são realizados no município próximo de Espumoso (Passo Fundo/RS) com agendamento prévio.

O serviço de saúde também conta com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que mediante convênios realiza a colocação de próteses totais aos usuários com baixos recursos econômicos. Oferece-se também por meio do CEO procedimentos odontológicos especiais para determinadas doenças bucais, cirurgias complexas e, em caso de algum procedimento especializado sem possibilidade de ser realizado neste centro, os usuários são encaminhados para o município de Passo Fundo/RS próximo à Espumoso. A atenção especializada é oferecida nas modalidades de Pediatria, Nutrição, Psicologia, Psiquiatria, Ginecologia, Traumatologia, entre outros. Ainda não há disponibilidade de NASF.

A Unidade de saúde Dr. René Baccin é considerada uma unidade mista desde 2012. Está localizada na periferia da cidade, dividida em oito micro áreas distribuídas entre os bairros Cooperativa Velha, São Valentin, Luiz Parrizotto, Arroio, Habitar Brasil, Mara Valha, Trauma e Santa Julia. Dentre as micro-aéras, seis já estão totalmente cadastradas.

A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, duas médicas cubanas do PMMB, uma ginecologista, um cirurgião, três técnicos em enfermagem, seis ACS, dois odontólogos concursados pela Prefeitura Municipal e uma higienizadora. Os especialistas em Ginecologia, Cirurgia e Odontologia atuam unidade, mas não pertencem à ESF, realizando as consultas médicas em diferentes dias e turnos da semana, em busca da satisfação dos usuários que pertencem á unidade.



Figura 4 – Parte da equipe de saúde da Unidade Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.



A estrutura física apresenta condições adequadas, ambientes iluminados e arejados. A unidade possui dois consultórios médicos, um consultório odontológico, salas para recepção, espera, triagem, nebulização, farmácia, armazenamento de medicamentos, vacinas, curativos e procedimentos, lavagem e descontaminação de material e esterilização, almoxarifado e sala para reuniões e educação em saúde, depósito de material de limpeza e depósito para os lixos contaminados, não contaminados e resíduos sólidos, seis sanitários (usuários e funcionários).



Figura 5 – Vista frontal da Unidade de Saúde Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.



Figura 6 – Vista da estrutura interna da Unidade de Saúde Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.



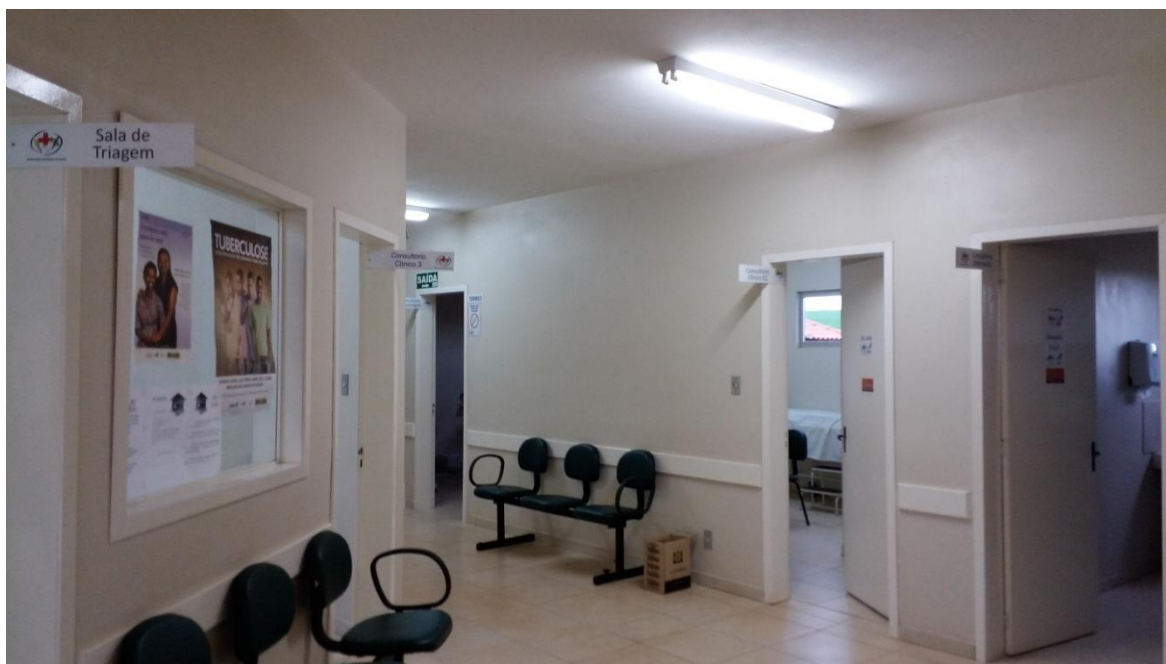


Figura 9 – Vista da estrutura interna da Unidade de Saúde Drº René Baccin do município de Espumoso/RS, 2015.

Quanto às barreiras arquitetônicas, há apenas a ausência de corrimões nos corredores, mas contamos com cadeiras de rodas para mobilizar internamente aqueles que necessitam. Destaca-se que não existem outras barreiras importantes em nossa UBS, pois o acesso é facilitado aos idosos, aos portadores de deficiências ou aqueles que apresentam algum comprometimento à saúde decorrente de doenças crônicas ou incapacidade funcional para poder movimentar-se livremente.

Entre as deficiências destaca-se a falta de dois ACS para que se possa finalizar o cadastramento total da população. Não há previsão de realização de concurso para suprir estas vagas. Assim, não temos como conhecer o número real da população adstrita à unidade e planejar ações efetivas de promoção e prevenção de saúde.

Ainda, a unidade não possui insumos como estetoscópio de Pinar, oftalmoscópio, pote para a coleta de escarro e, atualmente, o nebulizador não está funcionando. Assim, necessitamos pensar em estratégias para busca de soluções para a resolução destes problemas.

Vivenciamos também dificuldades quanto aos equipamentos e instrumentos de uso odontológico, pois não há instrumental para instalação de próteses nem para manutenção das mesmas. Os usuários que necessitam deste

procedimento são atendidos no CEO. Faz-se necessário, em conjunto com os gestores de saúde do município, traçar metas para que o serviço odontológico possa receber os insumos necessários para prestar o atendimento à população.

Ainda há déficit de alguns medicamentos na farmácia da unidade, pois muitas pessoas não possuem recursos para adquirirem os medicamentos sendo de fundamental importância a disposição destes no serviço de saúde para que a população possa aderir ao tratamento de forma adequada.

São utilizados os protocolos para encaminhamento a outros níveis de atenção do sistema de saúde, para atendimento nas especialidades, serviços de pronto atendimento, pronto socorro e internação hospitalar. Quanto à referência e contra referência há dificuldade quanto ao retorno dos usuários encaminhados aos outros serviços de saúde para que possamos manter o seguimento do acompanhamento no serviço de saúde.

Os profissionais de saúde não participam do gerenciamento dos insumos necessários para a UBS. Eles são entregues anualmente pela Secretaria Municipal de Saúde. Assim, muitas vezes os insumos recebidos não são em número adequado para suprir as necessidades do serviço. Desta maneira, com gerenciamento por parte da própria unidade a falta de insumos poderia ser diminuída.

Ainda, os profissionais odontólogos não participam de forma efetiva em atividades da unidade. O serviço não conta com técnico e/ou auxiliar em saúde bucal. A equipe de saúde realiza reuniões semanais abordando as dificuldades em busca de possíveis soluções para os problemas constatados.

A unidade de saúde possui, aproximadamente, 4.000 usuários. Destes, segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas de Saúde 2.022 são do sexo feminino e 1.978 do sexo masculino. Um total de 737 usuários são menores de 15 anos; 1.101 são mulheres entre 25 e 64 anos; 413 são mulheres entre 50 e 69 anos. Os hipertensos com 20 anos ou mais totalizam 894 usuários e os diabéticos com 20 anos ou mais somam 255. Os idosos com 60 anos ou mais são, aproximadamente, 546 usuários.

O acolhimento é uma forma de relação entre o serviço/usuário realizado por meio da escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam o

serviço de saúde para uma produção do cuidado com responsabilidade, solidariedade e compromisso.

Este acolhimento é realizado, em todos os turnos, de forma organizada pelo enfermeiro e técnico de enfermagem. Estes profissionais identificam o risco biológico e a vulnerabilidade de acordo com a demanda do usuário, de acordo com a urgência (leve ou grave) e de acordo com o grau de resolutividade que a unidade oferece, com posterior avaliação médica em todos os casos.

São realizadas as consultas por demanda espontânea, consultas agendadas e atendimento de urgência e emergência todos os dias da semana e em ambos os turnos, sendo realizadas pelas médicas cubanas. Os casos de urgência e emergência são encaminhados para o Hospital Municipal por meio do SAMU, também são realizadas consultas de pré-natal pelo especialista em Ginecologia todas as quartas-feiras no horário da manhã. Além disso, o cirurgião geral realiza as consultas dois dias por semana (terça-feira e quinta-feira) nos horários da tarde e os odontólogos realizam atendimento quatro dias na semana em turnos alternados.

Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), em relação à saúde da criança, do total de 48 crianças menores de um ano temos uma cobertura de 54% (26) dos menores de um ano residentes na área. Destas, 85% (22) realizaram teste do pezinho, 73% (19) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 69% (18) possui monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, 88% (23) estão com vacinas em dia, 54% (26) receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para a prevenção de acidentes.

Alguns indicadores não foram preenchidos, pois na unidade não existe um registro atualizado destes dados como, por exemplo, consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, realização da triagem auditiva, nenhuma das crianças possui avaliação de saúde bucal. Mas, são desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção do aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, teste do pezinho, orelhinhas e olhos.

As consultas de puericultura das crianças residentes na área de abrangência são realizadas no Centro Municipal de Saúde com atendimento pelo especialista em Pediatria e pelo enfermeiro, três vezes por semana, no turno da tarde. Ainda temos dificuldades quanto à conscientização das mães das crianças de zero a 72 meses para que sejam atendidas na própria Unidade. Esperamos, em breve, realizar as consultas na unidade. Apesar disso, realizamos atendimento aos problemas de saúde agudo apresentados pelas crianças de todas as faixas etárias, mas não existe excesso de demanda para este tipo de atendimento.

Utiliza-se protocolo de atendimento de puericultura produzido pelo Ministério de Saúde publicado no ano 2012, bem como são utilizados protocolos para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviço de pronto-atendimento e atendimento em pronto-socorro.

A unidade também conta com o Programa BOLSA FAMÍLIA do Ministério da Saúde sendo o enfermeiro o responsável pelo cadastramento das crianças. Existem outros programas do Ministério como o SISVAN, Criança e Saúde de Ferro.

Ainda não temos grupos de mães das crianças da puericultura, sendo esta uma das atividades de grande importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de forma adequada.

Nenhum dos profissionais da unidade se dedica ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura nem avaliação e monitoramento deste Programa.

Em relação ao pré-natal, acompanhamos um total de 27% (16) gestantes da estimativa de 60 gestantes configurando-se em um baixo índice de cobertura. Estas 16 gestantes acompanhadas iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, foram solicitados na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, foram administradas as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo, além disso, foi fornecida a prescrição de sulfato ferroso, assim como a realização do exame ginecológico por trimestre bem como orientações para aleitamento materno exclusivo, totalizando 100% destes indicadores. Apenas 56% (9) foram avaliadas quanto à saúde bucal.

As ações de atenção às gestantes realizadas se caracterizam pelo diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, controle de câncer de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física, promoção de saúde bucal e saúde mental.

O diagnóstico e tratamento de saúde mental, quando necessário é oferecido no Centro Municipal pelo especialista. Não contamos com esta especialidade em nossa unidade. O mesmo acontece para as especialidades de nutrição e psicologia.

O atendimento é realizado com prévio agendamento, às quartas feiras, no turno da manhã pelo especialista em gineco-obstetrícia. Quando as gestantes necessitam de atendimento de outras especialidades são encaminhadas para o serviço de referência. Há gestantes que não realizam as consultas de pré-natal na unidade de saúde, por optarem pelo acompanhamento no setor privado.

Além das consultas programadas existe demanda de gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos na unidade de saúde, mas sem excesso desta demanda.

Utiliza-se protocolo de atendimento pré-natal produzido pelo Ministério de Saúde e pela Secretaria Municipal como guia para que os profissionais possam realizar um atendimento de qualidade satisfazendo as necessidades das gestantes. Também são utilizados protocolos para encaminhamento às especialidades, internação hospitalar, serviço de pronto atendimento e atendimento em pronto socorro. Existe arquivo específico para os registros de atendimentos às gestantes, mas não são revisados periodicamente, Estes, são enviados ao Centro Municipal para controle do programa do município em geral.

Além disso, existe o programa SISPRENATAL do Ministério de saúde sendo a enfermeira responsável para enviar os cadastros à Secretaria Municipal de saúde. São realizadas atividades de educação sanitária com o grupo de gestantes abordando temas referentes à alimentação, controle de ganho de peso, imunizações, aleitamento materno, orientação para avaliação de saúde bucal, cuidados com o recém-nascido, promoção de atividade física e outros temas relacionados ao tabagismo, álcool, drogas, anticoncepcionais com orientação sobre revisão puerperal até os sete dias e entre 30 a 42 dias.



Temos profissionais de saúde na unidade que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação de programa pré-natal sendo responsável a enfermeira que também realiza monitoramento de programa pré-natal junto ao obstetra com realização de reuniões mensais.

O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 100% (48), com indicadores de qualidade de 100% quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, registro dessa consulta, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, orientações sobre planejamento familiar, exame das mamas, do abdome e do exame ginecológico. Entretanto, a nenhuma das puérperas foi possível a avaliação quanto a seu estado psíquico e quanto à intercorrências. Quanto aos dados apresentados no caderno com relação aos indicadores de qualidade cabe mencionar que foram utilizados os dados municipais, pois na unidade não havia conhecimento dos mesmos.

Temos um total de 1.101 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 60% (662) mulheres residentes e cadastradas. No entanto, os indicadores de qualidade estão muito abaixo do preconizado. Apenas 31% (206) mulheres acompanhadas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 24% (158) mulheres apresentaram exame citopatológico alterado (sendo a citologia inflamatória a mais frequente, um caso NIC I, um NIC II e um NIC III), a avaliação do risco para este câncer é realizado a 47% (310) das mulheres sendo orientadas quanto à prevenção e sobre DST, 31% (205) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, pois, dentre as amostras coletadas apenas uma não foi satisfatória; não conseguimos obter os exames citopatológicos para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso e para exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

São realizadas ações para prevenção dos cânceres de colo e de mama como o rastreamento e incentivo da realização periódica do exame citopatológico e uso de preservativo em todas as relações sexuais bem como orientações sobre os malefícios do tabagismo à saúde para prevenção destas patologias.

A coleta do exame citopatológico é realizada pela enfermeira em quatro dias da semana, de segunda a quinta-feira, em todos os turnos. Semanalmente,



às sextas-feiras, as amostras são enviadas ao município vizinho (Passo Fundo) para análise e interpretação dos resultados. É utilizado o protocolo de prevenção do câncer de colo do útero produzido pelo Ministério da Saúde em 2012.

Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame são registrados no livro de registro e prontuário clínico. Existe um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames coletados, é revisado mensalmente pela enfermeira com a finalidade de verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado em atraso, completude de registros e avaliar a qualidade do programa.

Não se realizam atividades com grupos de mulheres (não gestantes), sendo este espaço de suma importância para realização de palestras sobre a promoção e prevenção do câncer de colo de útero.

A enfermeira é a encarregada pelo planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino bem como pela avaliação e monitoramento deste programa, sendo a única responsável em dedicar-se a estas atividades.

Realizamos busca ativa das mulheres em idade fértil, sexualmente ativas entre 25 e 64 anos e averiguamos se realmente estão sendo acompanhadas no serviço privado a fim de manter um aumento no total do indicador de cobertura. Incentivamos às mulheres para que realizem o exame citopatológico de forma organizada a cada três anos como estabelecido pelo programa.

A criação de grupos de mulheres para educação em saúde sobre este tema tem o objetivo de aumentar o conhecimento sobre a prevenção desta doença. Criamos também um arquivo citológico para registrar as mulheres com as características mencionadas anteriormente para controle, seguimento e tratamento em casos alterados do exame.

Em relação ao Controle do Câncer de Mama do total de 413 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 67% (276) mulheres residentes e cadastradas na unidade. Dentre as acompanhadas, 4% (11) estão com mamografia em dia, apenas 21% (58) das mulheres estão com avaliação de risco para câncer de mama e que foram orientadas sobre prevenção do câncer de mama. Desconhece-se o número de mulheres com Mamografia alterada nos últimos três anos como também quantas

destas tiveram perda de seguimento. Há a possibilidade de que algumas delas sejam atendidas em outra instituição de saúde, como por exemplo, no setor privado, portanto necessitamos criar estratégias para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, verificando por meio dos agentes comunitários de saúde se estão sendo seguidas ou não no setor privado.

Todos os dias da semana são realizadas ações de rastreamento de câncer de mama pelo médico e enfermeira, em todos os turnos. Utiliza-se o protocolo de controle do câncer de mama produzido pelo Ministério de saúde. Os profissionais investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento na Unidade. A enfermeira é responsável por encaminhar as usuárias à Unidade Central para que sejam atendidas pela enfermeira responsável do programa, mas elas não retornam à unidade.

Os atendimentos às mulheres que realizam Mamografia são registrados no prontuário clínico e em outros formulários criado pela enfermeira. Não existe um arquivo específico para o registro dos resultados da Mamografia como tampouco um profissional dedicado ao planejamento e gestão das ações do controle de câncer nem para avaliação e monitoramento das ações de controle de câncer de mama.

Também são desenvolvidas atividades educativas, individuais ou coletivas. Desta maneira buscamos diminuir a incidência e mortalidade destas doenças que acometem com maior frequência as mulheres desta faixa etária.

Em relação à atenção aos Hipertensos, do total de 894 hipertensos estimados para a área o serviço acompanha um total de 18% (159) com 20 anos ou mais residentes na área. Destes, 74% (118) apresentam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, orientação sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular. Os demais hipertensos pertencentes à unidade buscam atendimento em instituições privadas.

São realizadas ações quanto ao cuidado aos hipertensos como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

O atendimento aos portadores de HAS é realizado todos os dias e em todos os turnos. Os profissionais de saúde sempre explicam aos usuários como reconhecer sinais de complicações da HAS, de tal maneira que busquem de forma imediata a unidade em caso de algum agravo, seja leve ou grave.

Além das consultas programadas para acompanhamento dos hipertensos, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudo, existindo oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudo devido a HAS, mas não existe excesso de demanda para usuários hipertensos.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional, ficha espelho de vacinas e outro formulário como o TRAKCARE (Prontuário Eletrônico). Existe um arquivo específico que é revisado periodicamente, com frequência semestral, pela enfermeira e tem como finalidade verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso e adultos com HAS de risco além de avaliar a qualidade do programa.

Utiliza-se um protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS produzido pelo Ministério de Saúde. Os profissionais de saúde utilizam classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS e protocolos para regular o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde, como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e atendimento em pronto-socorro.

Na Unidade existe também o Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos (HIPERDIA) do Ministério de Saúde sendo a enfermeira responsável pelo cadastramento dos adultos neste programa bem como pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde.

A equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com HAS no âmbito da Unidade e na associação comunitária do bairro com participação ativa dos profissionais de saúde com ênfase na medicina preventiva para que o paciente realize mudanças e possa melhorar sua qualidade de vida.

A enfermeira se dedica ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS e à avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com este tipo de patologia. Ela produz relatórios

com os resultados encontrados, sem periodicidade definida. Os registros específicos dos atendimentos de adultos com HAS como prontuário, SIAB, HIPERDIA são as fontes de dados utilizados para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS.

O processo de trabalho necessita ser melhorado a fim de se obter melhoria na qualidade da atenção aos HAS pertencentes à unidade. Assim, após finalizar o cadastramento da população poderemos aumentar o indicador de cobertura, pois há apenas 18% da população hipertensa estimada em acompanhamento. Para que isso aconteça, faz-se necessário a busca ativa de usuários hipertensos com 20 anos ou mais na área de abrangência, a verificação de usuários que não mantêm seguimento na unidade e/ou buscam à instituições privadas, atuando com maior ênfase em medicina preventiva, mantendo o controle dos usuários hipertensos por meio do fornecimento dos medicamentos com a intenção de reduzir as complicações agudas e crônicas.

Em relação à atenção aos Diabéticos, do total de 255 diabéticos estimados para a área acompanhamos um total de 15% (38) diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área da Unidade. Destes, 84% (32) dos diabéticos apresentam realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, são orientados sobre a prática de atividade física regular, recebem orientação nutricional para alimentação saudável. Os demais buscam atendimento no setor privado.

A equipe de saúde também realiza ações quanto ao cuidado dos adultos portadores de DM como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, e tabagismo.

Os atendimentos de adultos portadores de DM são realizados na unidade todos os dias da semana e em todos os turnos, pelos profissionais de saúde. Nestas consultas explica-se aos usuários como reconhecer sinais de complicações da DM com ênfase em complicações mais frequentes produzidas nos pés do paciente diabético. É de suma importância que eles sejam capazes de

reconhecer qualquer sinal e buscarem imediatamente ao serviço para um adequado tratamento a fim de evitarem futuras complicações.

Além das consultas programadas para acompanhamento do DM, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudo, existindo oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudo devido ao DM, mas não existe excesso de demanda.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional, ficha espelho de vacinas e outro formulário como o TRAKCARE (Prontuário Eletrônico). Além disso, existe um arquivo específico que é revisado periodicamente pela enfermeira, com frequência semestral e tem como finalidade verificar usuários faltosos ao retorno programado, completude de registros, identificar procedimentos em atraso e adultos com DM de maior risco além de avaliar a qualidade do programa.

Utilizamos um protocolo de atendimento para usuários portadores de DM produzido pelo Ministério de Saúde. Os profissionais de saúde utilizam classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de DM, utilizam outros protocolos para regular o acesso aos outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e atendimento em pronto-socorro.

Existe também o Programa HIPERDIA do Ministério de Saúde sendo a enfermeira a responsável pelo cadastramento dos adultos neste programa e pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde.

A equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com DM no âmbito da Unidade e na associação comunitária do bairro com participação ativa dos profissionais de saúde realizando educação em saúde sobre as mudanças dos estilos de vida para uma melhor qualidade de vida, sobre o controle dos fatores de risco, prevenção de complicações, uso correto das medicações, entre outros.

A enfermeira também se dedica ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos e à avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos diabéticos. Produz relatórios com os resultados encontrados, sem periodicidade definida. As fontes de dados utilizadas para realizar avaliação

e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com DM são SIAB, HIPERDIA, Registros específicos dos atendimentos de adultos com DM e prontuário.

O processo de trabalho para que seja dispensada uma atenção qualificada aos usuários diabéticos, da mesma maneira que aos usuários hipertensos necessita da finalização do cadastramento da população a fim de poder aumentar o indicador de cobertura, o qual se encontra abaixo do esperado, pois atualmente apenas 15% da população diabética estimada está em acompanhamento. A realização de busca ativa dos usuários diabéticos com 20 anos ou mais na área de abrangência, verificando se estes mantêm seguimento em instituições privadas, atuando com maior ênfase na promoção e prevenção de outras doenças relacionadas às complicações diabéticas.

Em relação à saúde dos idosos a estimativa do número de idosos com 60 anos ou mais, residentes na área não coincide com a realidade do serviço, pois temos 546 da população com mais de 60 anos. Acompanhamos 378 idosos perfazendo 69%. Dentre os acompanhados, aproximadamente 14% (52) são hipertensos e 4% (16) são diabéticos. Em nossa UBS existem déficits de cadernetas de saúde da pessoa idosa, pois apenas 15% (56) a possuem, não realizamos Avaliação Multidimensional rápida, investigação de indicadores de fragilização na velhice, nem avaliação de saúde bucal, 18% (68) pessoas idosas estão com acompanhamento em dia, possuem avaliação de risco para morbimortalidade e recebem orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividade física regular.

São desenvolvidas ações como imunizações, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, promoção da atividade física, diagnósticos e tratamentos de problemas clínicos em geral, saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Realiza-se atendimento a todos os adultos com 60 anos ou mais, todos os dias da semana, em todos os turnos, com participação de todos os profissionais de saúde. Além destas consultas existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos dentro da área de cobertura da unidade. Há oferta de atendimento para idosos com este problema. Entretanto, não há excesso de demanda de idosos com problemas de saúde agudos.

Não temos registros específicos dos atendimentos realizados aos idosos, sendo registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas.

Destaca-se que não temos um protocolo de atendimento para os idosos, mas existem outros protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e atendimento em pronto-socorro.

Apesar de apenas 15% da população idosa possuir caderneta de saúde, estas não são solicitadas pelos profissionais de saúde como tampouco se realiza a avaliação da Capacidade Funcional Global do Idoso, mas sempre se explica ao idoso e/ou aos seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência tais como a HAS, DM e Depressão.

Não existe o Estatuto do Idoso na unidade, nem a implantação do Programa de Atenção ao Idoso. A Unidade ainda não tem grupos de idosos, mas é importante destacar que são realizadas atividades com grupos de hipertensos, diabéticos, alcoólicos com atendimento especial aos idosos específicos que são acolhidos pela assistência social e lares de idosos na cidade.

Os agentes comunitários de saúde informam à equipe quais são os usuários idosos que carecem de visitas domiciliares, as quais são realizadas pelos profissionais de saúde. Não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos.

Portanto, ainda falta muito trabalho para ser realizado. Necessitamos trabalhar para realizar mudanças com participação de todos os profissionais de saúde e dos setores governamentais, por exemplo, finalizar o cadastramento, criar registros específicos para atendimento aos idosos, divulgar os protocolos de atendimento, utilizar as escalas de avaliação geriátrica, divulgar o Estatuto do Idoso, implementar o Programa de Atenção ao Idoso, distribuir as cadernetas de saúde e que as mesmas sejam solicitadas pelo profissional.

Também é necessário que exista um profissional que se dedique ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos para melhorar a atenção à saúde destas pessoas na

Atenção Básica, formar grupos de idosos organizando ações de promoção e prevenção de doenças crônicas, incorporar este grupo à prática de atividades físicas a fim de reduzir o sedentarismo e a obesidade e, também realizar atividades socioculturais a fim de promover a integração entre os idosos.

Finalizando este Relatório da Análise Situacional da Unidade Básica de Saúde Drº René Baccin com avaliação minuciosa das características estruturais da unidade, os aspectos positivos e principais dificuldades encontradas em todos os itens apresentados neste relatório, temos como desafios a organização de equipes de saúde da família com área de abrangência definida.

E, ao concluir o cadastramento total da população, ter conhecimento dos protocolos de atendimento tanto de doenças transmissíveis e não transmissíveis por parte de todos os profissionais de saúde, realizar registros específicos dos usuários para cada programa registrando dados específicos de cada doença para assim poder ter um controle adequado e envolver todos os profissionais em atividades de educação em saúde além de realizar ações de promoção e prevenção de saúde bem como buscar o envolvimento dos gestores de saúde no desenvolvimento das ações.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Neste momento destaco que o tempo transcorrido desde a segunda semana de início do curso até o presente relatório tem ampliado o nosso conhecimento acerca do município de Espumoso de forma geral e mais específica de nossa unidade básica quanto à APS e ações programáticas desenvolvidas na mesma.

Inicialmente, poucos detalhes eram conhecidos referentes à estrutura, composição, funcionamento, organização e planejamento das ações de saúde que com o passar do tempo percebemos as principais deficiências e limitações existentes na unidade. Atualmente, a equipe de saúde está mais atualizada em relação a estas dificuldades e em condições de traçar metas e estratégias para ofertar uma Medicina Familiar com qualidade buscando sempre a satisfação dos usuários com melhoria da qualidade de vida dos mesmos.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS e a DM são doenças crônicas não transmissíveis, acompanhadas pelo Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos que constituem ações programáticas importantes no contexto da atenção primária à saúde. Consideradas também as afecções mais comuns da saúde pública na atualidade que atinge um grande número de pessoas e em ausência de sua identificação precoce, tratamento e autocuidado adequados, podem deixar sequelas irreversíveis para a vida (BRASIL, 2013). Diante disso, avaliação e monitoramento adequados em cada consulta individual assim como o fornecimento de orientações junto aos grupos de hipertensos e/ou diabéticos quanto aos fatores de risco modificáveis e não modificáveis como, por exemplo, tabagismo, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, entre outros permitem diminuir o índice de morbimortalidade e de hospitalizações no SUS.

A Unidade de saúde Drº. René Baccin é considerada como uma unidade mista desde 2012. Está localizada na periferia da cidade, dividida em oito micro-áreas distribuídas entre os bairros Cooperativa Velha, São Valentin, Luiz Parrizotto, Arroio, Habitar Brasil, Mara Valha, Trauma e Santa Julia. Dentre as microáreas, seis já estão totalmente cadastradas. Conta com uma equipe de saúde composta por uma enfermeira, duas médicas cubanas do Programa mais Médicos, um ginecologista, um cirurgião geral, três técnicos em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, dois odontólogos concursados pela Prefeitura Municipal e uma higienizadora. A estrutura física apresenta condições adequadas, ambientes iluminados e arejados. A unidade possui dois consultórios médicos, um consultório odontológico, salas para recepção e espera, triagem, nebulização,

farmácia, armazenamento de medicamentos, vacinas, curativos e procedimentos, lavagem e descontaminação de material e esterilização, almoxarifado e sala para reuniões e educação em saúde, depósito de material de limpeza e depósito para os lixos contaminados, não contaminados e resíduos sólidos, seis sanitários (usuários e funcionários). Quanto às barreiras arquitetônicas, há apenas a ausência de corrimões nos corredores, mas contamos com cadeiras de rodas para mobilizar internamente aqueles que necessitam. Destaca-se que não existem outras barreiras importantes em nossa UBS, pois o acesso é facilitado aos idosos, aos portadores de deficiências ou aqueles que apresentam algum comprometimento à saúde decorrente de doenças crônicas ou incapacidade funcional para poder movimentar-se livremente.

A unidade de saúde possui, aproximadamente, 4.000 usuários. Destes, segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas de Saúde 2.022 são do sexo feminino e 1.978 do sexo masculino. Ainda estamos em processo de cadastramento da população. Assim, atualmente, a população alvo da ação programática possui 18% (159) hipertensos com 20 anos ou mais e 15% (38) diabéticos com 20 anos ou mais. Os indicadores se encontram abaixo das estimativas esperadas segundo o caderno de ações programáticas constituindo-se um desafio alcançar 60% dos usuários hipertensos e diabéticos residentes e cadastrados na unidade em acompanhamento.

A equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com HAS e DM no âmbito da Unidade e na associação comunitária do bairro com participação ativa dos profissionais de saúde realizando ações de educação em saúde sobre temas como a importância de modificar estilos de vida, controle dos fatores de risco, prevenção de complicações, uso correto das medicações, entre outros. Por meio da busca ativa esta intervenção propõe-se identificar a população portadora destas patologias, além de avaliar o risco e a vulnerabilidade das mesmas, ofertando um atendimento adequado com planejamento, monitoramento e avaliação das ações para qualificar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na ESF Drº. René Baccin, Espumoso/RS

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4** – Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5** – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6** – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na Unidade Básica de Saúde Drº. René Baccin do Município de Espumoso/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidados a participar todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1 - Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento:** A médica especializanda avaliará, semanalmente, em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos cadastrados pelos ACS, mediante a ficha-espelho utilizada para coleta de dados.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda definirá as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, nas duas primeiras semanas da intervenção, portanto, realizaremos um registro para o cadastro da população hipertensa na área de abrangência da unidade, incluindo usuários que buscam consultas por demanda espontânea, além de reorganizar agendas de trabalho incrementando os atendimentos semanais e as visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários por médio dos agentes de saúde.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** A equipe de saúde da unidade realizará palestras em bairros comunitários, estabelecimentos públicos, igrejas, com frequência quinzenal, além de utilizar meios de difusão em massa, com apoio da equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará os ACS em reuniões semanais na unidade para o cadastramento dos usuários e treinará a equipe para a verificação da pressão arterial com uso adequado do material.

**Meta 1.2 - Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento:** A médica especializanda avaliará, semanalmente, em conjunto com a equipe de saúde da unidade os diabéticos cadastrados pelos ACS, mediante a ficha-espelho utilizada para coleta de dados.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda definirá as atribuições de cada membro da equipe no Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, nas primeiras duas semanas da intervenção. Para isso realizaremos também um registro para o cadastro da população diabética na área de abrangência da unidade, incluindo usuários que buscam consultas por demanda espontânea, além de reorganizar agendas de trabalho incrementando os atendimentos semanais e as visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** A equipe de saúde da unidade realizará palestras em bairros comunitários, estabelecimentos públicos, igrejas, comércio, com uma frequência quinzenal, além de meios de difusão em massa, com apoio da equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará aos ACS em reuniões semanais na unidade para o cadastramento dos usuários e treinará a equipe para a realização do hemoglicoteste.

**Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

**Detalhamento:** Por ocasião da primeira consulta a médica especializanda realizará uma adequada história clínica com exame físico completo, solicitando exames complementares obedecendo a frequência estabelecida pelo protocolo, além de encaminhar os usuários hipertensos para atendimento odontológico, após de um prévio exame da cavidade bucal definindo a necessidade deste atendimento.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda definirá as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes usuários, além disso, será o encarregado de realizar o exame clínico dos usuários hipertensos em cada consulta individual. Além disso, estabelecerá um encontro semanal para a capacitação e atualização dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade. A mesma dispõe da versão atualizada do protocolo impressa e em formato eletrônico para que toda a equipe possa consultar quando seja necessário, para esclarecimento de dúvidas em relação à HAS.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará tanto aos usuários em consulta individual como à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a



importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente através das palestras realizadas com os grupos de hipertensos mensalmente e na comunidade quinzenalmente, sendo de vital importância para alcançar um adequado controle da doença evitando complicações crônicas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a equipe de saúde para realizar um adequado exame clínico mediante encontros semanais na unidade de saúde.

**Meta 2.2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

**Detalhamento:** Mediante a primeira consulta a médica especializanda realizará uma adequada história clínica com exame físico completo, solicitando exames complementares segundo o estabelecido pelo protocolo, além de encaminhar os usuários diabéticos para atendimento odontológico, após de um prévio exame da cavidade bucal definindo a necessidade deste atendimento.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda definirá as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes usuários, além disso, será o encarregado de realizar o exame clínico dos usuários diabéticos em cada consulta. Além disso, estabelecerá um encontro semanal para a capacitação e atualização dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade. A mesma dispõe da versão atualizada do protocolo impressa e em formato eletrônico para que toda a equipe possa consultar quando seja necessário, esclarecendo dúvidas em relação à DM.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará tanto aos usuários em consulta individual como à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente através das palestras realizadas com os grupos de diabéticos mensalmente e na comunidade quinzenalmente, sendo de vital importância para alcançar um adequado controle da doença evitando complicações crônicas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará a equipe de saúde para realizar um adequado exame clínico mediante encontros semanais na unidade de saúde.

**Meta 2.3 – Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará por meio da ficha-espelho o controle dos exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e em caso de alterações será avaliada a necessidade de intervenção por meio de tratamento e após nova solicitação de exames para avaliar o estado atual do paciente.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** A médica especializanda garantirá com apoio do gestor municipal a realização dos exames complementares definidos no protocolo dando prioridade aos hipertensos avaliados durante a intervenção para que estes exames sejam feitos com agilidade, pois, o tempo de espera para a realização dos exames não deverá ser maior que 15 a 21 dias e estabelecerá um sistema de alerta para os exames preconizados.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará palestras com os grupos de hipertensos mensalmente e nos bairros comunitários quinzenalmente para orientar quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe de saúde para seguir o protocolo adotado para solicitação de exames complementares através dos encontros semanais na própria unidade.

**Meta 2.4 – Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, manter controle da solicitação dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo e, em caso de alterações, avaliar a necessidade de recomendar tratamento e nova realização de exames para avaliar o estado atual do paciente.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará por meio da ficha-espelho o controle dos exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e em caso de alterações será avaliada a situação e recomendado o tratamento

adequado para posterior repetição dos mesmos reavaliando o estado atual do paciente.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** A médica especializanda garantirá com apoio do gestor municipal a realização dos exames complementares definidos no protocolo dando prioridade aos diabéticos avaliados mediante a intervenção para que estes exames sejam feitos com agilidade, pois o tempo de espera para a realização dos exames não deverá ser maior que 15 a 21 dias e estabelecerá um sistema de alerta para os exames preconizados.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará palestras com os grupos de diabéticos mensalmente e nos bairros comunitários quinzenalmente para orientar a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe de saúde para seguir o protocolo adotado para solicitação de exames complementares através dos encontros semanais na própria unidade.

**Meta 2.5 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** A enfermeira e o técnico de farmácia realizarão monitoramento dos medicamentos da Farmácia Popular com uma frequência

semanal, realizando busca dos medicamentos básicos existentes e inexistentes na unidade.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A enfermeira e o técnico de farmácia realizarão na farmácia interna da unidade um controle de estoque, validade dos medicamentos e registro das necessidades com uma frequência quinzenal, permitindo uma melhor organização neste serviço.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos usuários de forma individual em cada consulta e à comunidade por meio das palestras que serão realizadas quinzenalmente, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso, para evitar cifras elevadas de pressão arterial.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará atualizações aos profissionais da equipe quanto ao tratamento da hipertensão em reuniões semanais na unidade. Como também capacitará a equipe para que orientem aos usuários sobre as possíveis alternativas para obter os medicamentos da Farmácia Popular.

**Meta 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** A enfermeira e o técnico de farmácia realizarão o monitoramento dos medicamentos da Farmácia Popular com uma frequência

semanal, realizando uma busca dos medicamentos básicos existentes e inexistentes na unidade.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A enfermeira e o técnico de farmácia realizarão na farmácia interna da unidade um controle de estoque, validade dos medicamentos e registro das necessidades com uma frequência quinzenal, permitindo uma melhor organização neste serviço.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos usuários de forma individual em cada consulta e à comunidade por meio das palestras que serão realizadas quinzenalmente, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e as possíveis alternativas para obter este acesso, para evitar aumento dos níveis de glicose em sangue.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará atualizações aos profissionais da equipe quanto ao tratamento da diabetes em reuniões semanais na unidade. Como também capacitará a equipe para que orientem aos usuários sobre as possíveis alternativas para obter os medicamentos da Farmácia Popular.

**Meta 2.7 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará na própria unidade o monitoramento dos hipertensos que necessitam de atendimento odontológico em cada consulta individual, com frequência semanal.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A enfermeira e o técnico de enfermagem realizarão na unidade o acolhimento a todos os hipertensos para avaliar a necessidade de atendimento odontológico da área abrangência, sendo oferecido este serviço em 4 dias da semana em diferentes turnos da semana. Além disso, será feito uma agenda de saúde bucal para a realização deste atendimento pelo odontologista.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda e odontóloga orientarão à comunidade mediante a realização das palestras nos bairros comunitários sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, com frequência quinzenal.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

**Detalhamento:** A médica especializanda solicitará à odontóloga para capacitar à equipe, em reuniões programadas semanalmente na unidade, para avaliar os usuários hipertensos quanto à necessidade de avaliação odontológica.

**Meta 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará na própria unidade o monitoramento dos hipertensos que necessitam de atendimento odontológico em cada consulta individual com frequência semanal.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** A enfermeira e o técnico de enfermagem realizarão na unidade o acolhimento a todos os diabéticos para avaliar a necessidade de atendimento odontológico da área abrangência, sendo oferecido este serviço em 4 dias da semana em diferentes turnos da semana. Além disso, será feito uma agenda de saúde bucal para a realização deste atendimento pelo odontologista.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda e odontóloga orientarão à comunidade mediante a realização das palestras nos bairros comunitários sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, com frequência quinzenal.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda solicitará à odontóloga para capacitar à equipe, em reuniões programadas semanalmente na unidade, para avaliar os usuários diabéticos quanto à necessidade de avaliação odontológica.

### **Objetivo 3 – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

**Meta 3.1 – Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

#### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento para o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), com frequência semanal.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A médica especializanda em conjunto com a enfermeira e os ACS organizarão visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, com frequência semanal.



Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** A médica especializanda informará à comunidade sobre a importância de realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, mediante os encontros com a mesma nos bairros comunitários, com frequência quinzenal, assim como também os ACS informarão através das visitas domiciliares, semanalmente, também nos colocaremos à disposição para ouvir à comunidade sobre possíveis estratégias para que não ocorra evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará aos ACS, em reuniões semanais na própria unidade para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e periodicidade das mesmas.

**Meta 3.2 – Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento para o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), com frequência semanal.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A médica especializanda em conjunto com a enfermeira e os ACS organizarão visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, com frequência semanal.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** A médica especializanda informará à comunidade sobre a importância de realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, mediante os encontros com a mesma nos bairros comunitários, com frequência quinzenal, assim como também os ACS informarão através das visitas domiciliares, semanalmente, também nos colocaremos à disposição para ouvir à comunidade sobre possíveis estratégias para que não ocorra evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará aos ACS, em reuniões semanais na própria unidade para a orientação aos diabéticos quanto a realização das consultas e periodicidade das mesmas.

#### **Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

##### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento quanto à qualidade dos registros de hipertensos por meio das fichas-espelho disponibilizada pelo curso, com frequência semanal.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** A enfermeira e a médica especializanda serão os responsáveis pelo monitoramento e atualização dos registros. Será utilizada a ficha-espelho disponibilizada pelo curso. Além disso, será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta, de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, através do registro dos hipertensos e prontuário eletrônico.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos usuários mediante a consulta individual e à comunidade por meio dos encontros com a mesma quinzenalmente, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe de saúde em reuniões semanais quanto ao preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e capacitará à mesma para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Meta 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento quanto à qualidade dos registros de hipertensos por meio das fichas-espelho disponibilizada pelo curso, com frequência semanal.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** A enfermeira e a médica especializanda serão os responsáveis pelo monitoramento e atualização dos registros. Será utilizada a ficha-espelho disponibilizada pelo curso. Além disso, será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta, de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, através do registro dos diabéticos e prontuário eletrônico.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos usuários mediante a consulta individual e à comunidade por meio dos encontros com a mesma quinzenalmente, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe de saúde por meio de reuniões semanais quanto ao preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos e capacitará à mesma para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta 5.1 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará na unidade o monitoramento do número de usuários hipertensos com seguimento anual dos usuários de baixo risco, orientando sobre estilo de vida saudável, com seguimento semestral dos usuários de risco intermediário realizando orientações sobre estilo de vida saudável, e com seguimento trimestral dos usuários de alto risco orientando também sobre estilo de vida saudável.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** A médica especializanda priorizará os atendimentos dos usuários avaliados como alto risco realizando as consultas trimestralmente e organizará uma agenda para este tipo de demanda, de forma tal facilite o trabalho neste grupo específico.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular através das consultas individuais, e esclarecerá à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), por meio de palestras em bairros comunitários, quinzenalmente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe de saúde nas reuniões semanais programadas na unidade para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a

importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Meta 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará na unidade o monitoramento do número de usuários diabéticos com seguimento anual dos usuários de baixo risco, orientando sobre estilo de vida saudável, com seguimento semestral dos usuários de risco intermediário realizando orientações sobre estilo de vida saudável, e com seguimento trimestral dos usuários de alto risco orientando também sobre estilo de vida saudável.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** A médica especializanda priorizará os atendimentos dos usuários avaliados como alto risco realizando as consultas trimestralmente e organizará uma agenda para este tipo de demanda, de forma tal que também facilite o trabalho neste grupo específico.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular através das consultas individuais, e esclarecerá à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), por meio de palestras em bairros comunitários, quinzenalmente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés; capacitar a equipe para a importância do

registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe de saúde nas reuniões semanais programadas na unidade para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

### **Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Meta 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.**

#### **Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento de todos os hipertensos que recebem orientação nutricional sobre alimentação saudável, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** A médica especializanda organizará práticas coletivas sobre alimentação saudável com uma periodicidade quinzenal com a comunidade e mensal com os grupos de hipertensos, envolvendo aos nutricionistas nestas atividades.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a nutricionista orientarão aos usuários hipertensos em consulta de forma individual semanalmente e na comunidade através de encontros nos bairros comunitários, com frequência quinzenal, sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões programadas na unidade semanalmente.

**Meta 6.2 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento de todos os diabéticos que recebem orientação nutricional sobre alimentação saudável, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** A médica especializanda organizará práticas coletivas sobre alimentação saudável com uma periodicidade quinzenal com a comunidade e mensal com os grupos de diabéticos, envolvendo aos nutricionistas nestas atividades.

Engajamento Público: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a nutricionista orientarão aos usuários diabéticos em consulta de forma individual semanalmente e na comunidade através de encontros nos bairros comunitários, com frequência quinzenal, sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões programadas na unidade semanalmente.

**Meta 6.3 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.**

**Ações por eixo:**



Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento de todos os hipertensos que recebem orientação para atividade física regular, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** A médica especializanda organizará práticas coletivas para orientação de atividade física com a comunidade com uma periodicidade quinzenal e mensal com os grupos de hipertensos, envolvendo aos educadores físicos nestas atividades.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos usuários hipertensos em consulta de forma individual semanalmente e na comunidade através de encontros nos bairros comunitários, com frequência quinzenal, sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões programadas na unidade semanalmente.

**Meta 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento de todos os diabéticos que recebem orientação para atividade física regular, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** A médica especializanda organizará práticas coletivas para orientação de atividade física com a comunidade com uma periodicidade quinzenal e mensal com os grupos de diabéticos, envolvendo aos educadores físicos nestas atividades.

Engajamento Público: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos usuários diabéticos em consulta de forma individual semanalmente e na comunidade através de encontros nos bairros comunitários, com frequência quinzenal, sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões programadas na unidade semanalmente.

**Meta 6.5 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento de todos os hipertensos que recebem orientação sobre riscos do tabagismo, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento:** A equipe de saúde procurará garantir junto ao gestor de saúde a disponibilidade de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo para sua aplicação nos usuários tabagistas.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos hipertensos tabagistas em consulta de forma individual semanalmente e na comunidade através de encontros nos bairros comunitários, com frequência quinzenal sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões programadas na unidade semanalmente.

**Meta 6.6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda realizará o monitoramento de todos os diabéticos que recebem orientação sobre riscos do tabagismo, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento:** A equipe de saúde procurará garantir junto ao gestor de saúde a disponibilidade de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo para sua aplicação nos usuários tabagistas.

Engajamento Público: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** A médica especializanda orientará aos diabéticos tabagistas em consulta de forma individual semanalmente e na comunidade através de encontros nos bairros comunitários, com frequência quinzenal sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A médica especializanda capacitará à equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões programadas na unidade semanalmente.

**Meta 6.7 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a odontóloga realizarão o monitoramento de todos os hipertensos que recebem orientação sobre higiene bucal, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a odontóloga organizarão tempo médio de consultas com o fim de garantir orientações sobre higiene bucal de forma individual, na própria unidade, semanalmente.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** A médica especializanda e odontóloga orientarão aos hipertensos sobre a importância da higiene bucal em consulta de forma individual incluindo a seus familiares, semanalmente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a odontóloga capacitarão à equipe para oferecer orientações de higiene bucal, em reuniões programadas na unidade semanalmente.

**Meta 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.**

**Ações por eixo:**

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a odontóloga realizarão o monitoramento de todos os diabéticos que recebem orientação sobre higiene bucal, semanalmente.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a odontóloga organizarão tempo médio de consultas com o fim de garantir orientações sobre higiene bucal de forma individual, na própria unidade, semanalmente.

Engajamento Público: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a odontóloga orientarão aos diabéticos sobre a importância da higiene bucal em consulta de forma individual incluindo a seus familiares, semanalmente.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** A médica especializanda e a odontóloga capacitarão à equipe para oferecer orientações de higiene bucal, em reuniões programadas na unidade, semanalmente.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2 –** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3–** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4 –** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.



**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5 –** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6 –** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus adotaremos o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013. Também utilizaremos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso e registraremos todos os dados adequadamente

segundo o estabelecido pelo protocolo a fim de manter controle e seguimento com qualidade.

Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro elaborarão uma ficha complementar. A unidade conta com fichas necessárias para alcançar 60% de hipertensos e/ou diabéticos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará e monitorará o livro de registros identificando os usuários portadores destas doenças crônicas que compareceram às consultas médicas nos últimos três meses desde a última consulta, realizando uma busca de consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, assim como vacinas em atraso, com frequência semanal.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção foram discutidas com os profissionais da UBS. Assim, para darmos início à intervenção será realizada uma capacitação sobre o protocolo de hipertensos e diabéticos, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes usuários em busca de um atendimento de qualidade. Inicialmente, a capacitação será realizada por um período de 2 horas ao final do expediente e depois será mantida para outras atualizações, semanalmente, na própria UBS. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Os usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, tanto cadastrados como não cadastrados e assistidos na unidade, serão acolhidos pelo técnico de enfermagem todos os dias da semana em todos os turnos e atendidos em consulta com prévio agendamento para realizar controle de suas doenças de base, como também aqueles que assistam à unidade com problemas de saúde agudos ofereceremos resolutividade aos problemas existentes.

O atendimento será priorizado no agendamento ao longo do curso do dia, portanto não será necessário alterar a organização da agenda, pois serão atendidas pelas consultas de pronto atendimento. Todos os usuários agendados sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Serão priorizadas 8 consultas semanais de reserva para agendar usuários, tanto hipertensos quanto diabéticos faltosos às consultas provenientes da busca ativa realizada pelos ACS que serão

imediatamente agendados e para atendimento de casos novos identificados pelos ACS em visita domiciliar na semana.

Para sensibilizar a comunidade é importante primeiramente conscientizar a mesma quanto à importância da qualificação na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. Portanto, pretendemos trabalhar com afinco para alcançar este grande desafio e para isso, a equipe aproveitará os encontros nos bairros comunitários, na sala de acolhimento da própria UBS, igrejas, nas visitas domiciliares, nos centros de trabalho de nossa área de abrangência, realizando palestras sobre promoção e prevenção quanto aos fatores de risco modificáveis e controle dos fatores não modificáveis, sintomas e sinais presentes nestas patologias. Além disso, daremos a conhecer nosso projeto de intervenção abordando a importância do seguimento e controle destas patologias a fim de melhorar a qualidade de vida dos usuários. Ainda, os agentes comunitários mediante realização de atividades na comunidade serão responsáveis pela transmissão das informações necessárias para que todos possam conhecer a importância das atividades desenvolvidas na unidade.

Para realizar o monitoramento da ação programática, semanalmente a enfermeira responsável revisará as fichas espelhos dos hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso e inexistência da consulta odontológica, examinando também os registros específicos. Com apoio dos agentes comunitários realizaremos busca ativa dos usuários em atrasos com as consultas. Estima-se atender a uma demanda de 33 usuários hipertensos por semana totalizando 132 por mês e 10 usuários diabéticos semanais, totalizando 40 por mês, ressaltando que em ocasiões um usuário pode ter ambas patologias. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Ao realizar a busca se agendará a estes usuários para um horário de sua conveniência.

Assim, pretendemos qualificar a atenção à saúde da população hipertensa e diabética no sentido de melhorar a qualidade de vida desta parcela da população pertencente ao serviço de saúde da Unidade Drº. René Baccin.



adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas de HAS e DM.																
Grupos de HAS e DM				x				x				x				x
Capacitação a todos os profissionais sobre a importância de estratificação do risco e controle de os fatores de risco modificáveis na HAS e DM.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação dos profissionais sobre prática de uma alimentação saudável, prática de atividade física regular assim como a metodologia de educação em saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas e orientações de higiene bucal.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

\*O cronograma foi criado para desenvolver a intervenção em 16 semanas, mas em virtude do período de férias do especializando e a não continuidade do desenvolvimento das ações pela equipe no período de férias, a mesma foi reduzida para 12 semanas.

### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Destacamos primeiramente que ao iniciarmos as atividades de intervenção, as mesmas estavam programadas para serem desenvolvidas no período de 16 semanas. No entanto, este prazo foi reduzido para 12 semanas. A mudança foi necessária devido ao período de férias da especializanda durante a intervenção a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido com a Universidade, sem prejuízo das ações previstas.

Durante o mês de abril, a intervenção foi interrompida, pois a especializanda estava em período de férias e não houve disponibilidade do médico clínico geral na unidade para dar continuidade a todas as atividades planejadas para a intervenção. O restante dos profissionais de saúde da unidade também não tinham condições de assumir as atividades no período, pois a demanda da área deles também é grande e a colega (médica cubana) recebeu férias para o mesmo período.

Para iniciar a intervenção não contávamos com um cadastro atualizado da população hipertensa e diabética pertencente à área de abrangência da unidade. Assim, com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção a ser desenvolvida por 12 semanas a partir da primeira semana do mês de fevereiro de 2015,

Além disso, por meio dos ACS bem como da divulgação do projeto tanto na unidade como nas comunidades além da rádio local, foi possível informar a todos os usuários da unidade acerca do projeto de intervenção que seria desenvolvido na Unidade. Aproveitamos também a oportunidade das reuniões com os grupos e com as comunidades para cadastrar novos usuários. No



momento do cadastro era realizado o agendamento prévio para a avaliação clínica do usuário por meio das consultas médicas.

Foram realizadas duas semanas de capacitação, com a participação ativa de todos os ACS e funcionários da UBS, realizando conversas sobre o tema de HAS, DM, sobre o funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe. Além disso, foi realizada a impressão do protocolo de ambas doenças e disponibilizada na unidade para aumento do conhecimento sobre as patologias. Nestes encontros todos os profissionais tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas e opinar para adequar o funcionamento do programa, tornando a atividade mais proveitosa. De igual modo, durante o transcurso da intervenção, as reuniões de equipe foram utilizadas para debater e sistematizar as atividades relacionadas aos usuários hipertensos e diabéticos.



Figura 10 – Reunião com a equipe de saúde Drº René Baccin, no município de Espumoso/RS, 2015.

Durante o mês de janeiro foi impressa parte do material (fichas-espelho) utilizado para a coleta de dados para a intervenção. Posteriormente, foi realizada a impressão total das fichas. Ainda, providenciamos um arquivo específico para a guarda destas fichas disponível na sala de enfermagem.

As fichas-espelho forem organizadas por semanas, identificando o usuário hipertenso com um adesivo vermelho eo usuário diabético com um adesivo amarelo. Desta forma, o trabalho era facilitado no momento da busca da

ficha-espelho para a consulta. Além disso, foi efetuado pelo técnico de enfermagem o registro no prontuário eletrônico dos sinais vitais e mensurações na sala de triagem, possibilitando o preenchimento pelo médico destes dados na ficha-espelho.

Além de providenciar as fichas-espelho em número suficiente para a intervenção, foi revisado o restante do material para que estivesse disponível e em adequado estado para o uso como esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro, termômetro, fita métrica, balança, entre outros.

Assim, durante o período da intervenção foram avaliados 213 usuários em 12 semanas. Destes, 208 hipertensos e 53 diabéticos. Apesar de ser um resultado positivo a equipe não alcançou a meta proposta inicialmente.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecerem à unidade e aos que necessitam de assistência de forma imediata.



Figuras 11 e 12 – Avaliação de um hipertenso e diabético, respectivamente em sua residência por ocasião da visita domiciliar da equipe de saúde Drº René Baccin, no município de Espumoso/RS, 2015.

Realizamos oito encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos. Estes foram desenvolvidos na UBS, no Centro de Referência de Assistência Social 2 (CRAS 2) e na Igreja Evangélica ao final de cada mês (para hipertensos, diabéticos e seus acompanhantes). Inicialmente, os usuários foram agrupados em pequenos grupos por comunidades, mas após a redução do período de intervenção os encontros foram realizados em grupos maiores.

Durante as reuniões e consultas médicas tanto na UBS como no CRAS-2 foram realizadas conversas com os usuários hipertensos e diabéticos sobre estilos e modos de vida saudáveis e sobre a doença crônica em geral. Na ocasião, era realizado o preenchimento das fichas-espelho, verificação dos sinais vitais e demais mensurações, solicitação de exames complementares, reajustes (com esclarecimento) das medicações e encaminhamentos ao serviço de Odontologia para avaliação por profissional capacitado.

Atualmente, continuamos acompanhando as reuniões e realizando as consultas médicas com a mesma qualidade de atenção oferecida durante a intervenção, tendo já avaliado a maioria dos usuários.

Como atividade comunitária, no ultimo mês foram realizadas duas palestras coletivas sobre o tema “HAS/DM: estilo e modo de vida saudável” com a participação de um odontólogo que palestrou sobre “saúde bucal”. Tivemos a participação de um grande número de usuários nestes eventos. Aproveitamos a oportunidade também para cadastrar novos usuários e realizar agendamentos para avaliação clínica na UBS e CRAS-2.



Figura 13 – Reunião com os grupos e comunidades no salão comunitário no município de Espumoso/RS, 2015.





Figura 14 – Reunião com os grupos e comunidades no salão comunitário no município de Espumoso/RS, 2015.



Figura 15 – Reunião com os grupos e comunidades no salão comunitário no município de Espumoso/RS, 2015.



Figura 16 – Reunião com os grupos e comunidades no salão comunitário no município de Espumoso/RS, 2015.

A demanda espontânea sempre prevaleceu em relação às consultas agendadas. No início da intervenção, priorizamos os usuários agendados portadores destas patologias para a realização das consultas, sendo reservadas 3 consultas em cada turno para agendamento das consultas e retornos, independente do número de usuários avaliados no dia. As fichas-espelho foram revisadas com frequência semanal objetivando encontrar os usuários faltosos às consultas.

Quanto às dificuldades vivenciadas relatamos a falta de comprometimento por parte de alguns usuários ao não comparecerem às consultas médicas e odontológicas agendadas. Diante dessa realidade, foi necessária a busca ativa por visita domiciliar pelos ACS e contato por via telefônica realizada pela recepcionista. Assim, conseguimos por meio da insistência, o comparecimento dos usuários faltosos para avaliação clínica e monitoramento das patologias.

A unidade conta com dois odontólogos, mas um deles estava em férias durante a primeira etapa da intervenção o que justifica os percentuais menores de atendimento odontológico no início. Após o período de férias deste profissional aumentamos o número de consultas agendadas. Destaca-se que apesar da equipe não possuir um técnico para este serviço, os profissionais odontólogos se empenharam para atender à população hipertensa e diabética avaliada durante a

intervenção. Os usuários foram encaminhados para avaliação odontológica após prévio exame da cavidade bucal pelo médico de família.

Outra dificuldade a ser mencionada relaciona-se ao déficit de medicamentos que estavam disponíveis na farmácia da unidade no início da intervenção. Este fato deixou os usuários muito preocupados. Além da falta de medicamentos também havia a falta de fitas para a realização do teste de glicose. Frente a esta realidade, foi solicitada uma reunião com o gestor municipal de saúde para a possível solução destes problemas. Este se comprometeu em realizar o pedido das fitas que levariam um determinado tempo para chegarem à unidade, mas o abastecimento de medicamentos fora prometido para o início do mês de março e assim aconteceu.

Enquanto isso uma via alternativa foi utilizada. As fitas eram usadas apenas em casos extremamente necessários e, no caso da falta de medicamentos, disponibilizávamos receitas médicas para que os usuários realizassem o cadastro nas Farmácias Populares. Atualmente, temos fitas suficientes na unidade e a farmácia possui os medicamentos básicos que a maioria dos usuários necessita.

A grande maioria dos usuários compareceram às consultas agendadas, estão com os exames complementares em dia, de maneira tal que possibilitou o preenchimento dos dados na ficha-espelho. Entretanto, no decorrer da intervenção a realização dos exames se tornou lentificada, especialmente ao final do mês, pois no município foram realizados cinco projetos de intervenção, o que aumentou a demanda dos exames. Ainda, para corroborar com esta situação prescrevemos a requisição dos exames complementares para aqueles usuários que estavam atrasados por um período de três meses ou mais e em dependência do risco cardiovascular.

Os usuários que haviam realizado exames recentemente não foram solicitados novos exames no momento da avaliação. Os resultados trazidos pelos usuários foram lançados na ficha-espelho pelos ACS após a avaliação clínica. Apesar destas dificuldades, as demais ações foram cumpridas no transcurso da intervenção. Foi uma tarefa árdua, porém não impossível com a participação da equipe e dos gestores de saúde.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Apesar de não alcançarmos a meta proposta, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção. Continuamos com o trabalho dia a dia objetivando incorporar novos usuários para que participem de maneira contínua para melhorar sua qualidade de vida.

Foi um trabalho verdadeiramente em equipe para que os usuários hipertensos e diabéticos atualizassem a avaliação clínica por meio da consulta médica de acordo com o protocolo de HAS e DM.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Utilizamos as fichas-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso para coleta e sistematização dos dados sem nenhuma dificuldade de preenchimento. Além disso, registramos todos os dados coletados referentes aos usuários acompanhados no prontuário eletrônico da unidade. As fichas-espelho foram organizadas por semanas, identificando o usuário hipertenso com um adesivo vermelho e o usuário diabético com um adesivo amarelo, facilitando desta maneira o trabalho no momento da busca da ficha-espelho para a consulta com registro adequado de todos os dados do usuário. A Planilha de coleta de dados e o prontuário eletrônico foram atualizados semanalmente postando os dados dos usuários de forma adequada. Atualmente, estes instrumentos de trabalho são mantidos para dar continuidade à melhoria da qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, facilitando o trabalho no dia a dia.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

As ações já se encontram incorporadas à rotina do serviço. Destaco que a intervenção realmente foi positiva, a equipe sente-se feliz pelos resultados alcançados, pois objetivamos melhorar a qualidade de vida desta parcela da

população e, assim, conseguimos. Portanto, continuaremos realizando as atividades com a mesma dedicação.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados a seguir apresentam a intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Drº. René Baccin, no município de Espumoso/RS, nos meses de fevereiro, março e maio de 2015 objetivando a melhoria à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus pertencente à Unidade de Saúde. A área de abrangência da unidade possui, aproximadamente, 412 hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território e, em torno de 114 diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território.

#### **Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1** - Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A UBS conta com uma população total de aproximadamente 4.000 usuários adstritos e, segundo a estimativa que atualmente existe na UBS, 412 usuários com 20 anos ou mais são hipertensos. Ao final das 12 semanas, apenas 208 usuários portadores desta doença e residentes na área de abrangência,

procuraram a unidade para receber atenção médica. Alcançamos assim, 50,5% (208) de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade.

Conforme a **figura 17**, no primeiro mês de intervenção, a cobertura contemplou 24,8% (102) da população hipertensa estimada. No segundo mês, esta ação contemplou 37,9% (156). E, no terceiro mês, alcançamos um indicador de 50,5% (208). Durante a primeira etapa houve um maior atendimento médico, mostrando-se grande interesse pela participação da população na intervenção. Na segunda e terceira etapa diminui este atendimento, pois duas das micro-áreas pertencentes à unidade ficaram desassistidas pelos ACS, dificultando o acesso dos hipertensos às informações, ao agendamento das consultas e a manutenção do vínculo com a unidade. É importante mencionar que com relação aos dados postados no caderno de ações programáticas dos usuários hipertensos acompanhados na unidade, a equipe logrou alcançar durante a intervenção um aumento da cobertura desta população, sendo um reto haver obtendo este resultado.

Quanto à população de diabéticos, a estimativa era de 114 diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da UBS. Ao término da intervenção, 53 diabéticos compareceram ao serviço e estão em dia no programa de atenção ao diabético. Logo, correspondendo a uma cobertura de 46,5% (53). Assim, conforme a **figura 18** o primeiro mês de intervenção assistiu a 23,7% (27) da população diabética. Os meses seguintes correspondem a 35,1% (40) e 46,5% (53). Diante do exposto, verifica-se que a meta de 60% não foi atingida. De igual maneira aconteceu com a cobertura desta população, com relação aos dados postados no caderno de ações programáticas dos usuários diabéticos acompanhados na unidade, a equipe logrou alcançar durante a intervenção um aumento da cobertura destes usuários, sendo também um reto haver obtendo este resultado.

Apesar da equipe não alcançar a meta proposta de cobertura percebeu-se que a atenção à saúde do hipertenso e do diabético, nos grupos e nas consultas individuais bem como a ação dos ACS foram benéficas e complementaram oferecendo melhorias na qualidade de vida e de saúde desta população.

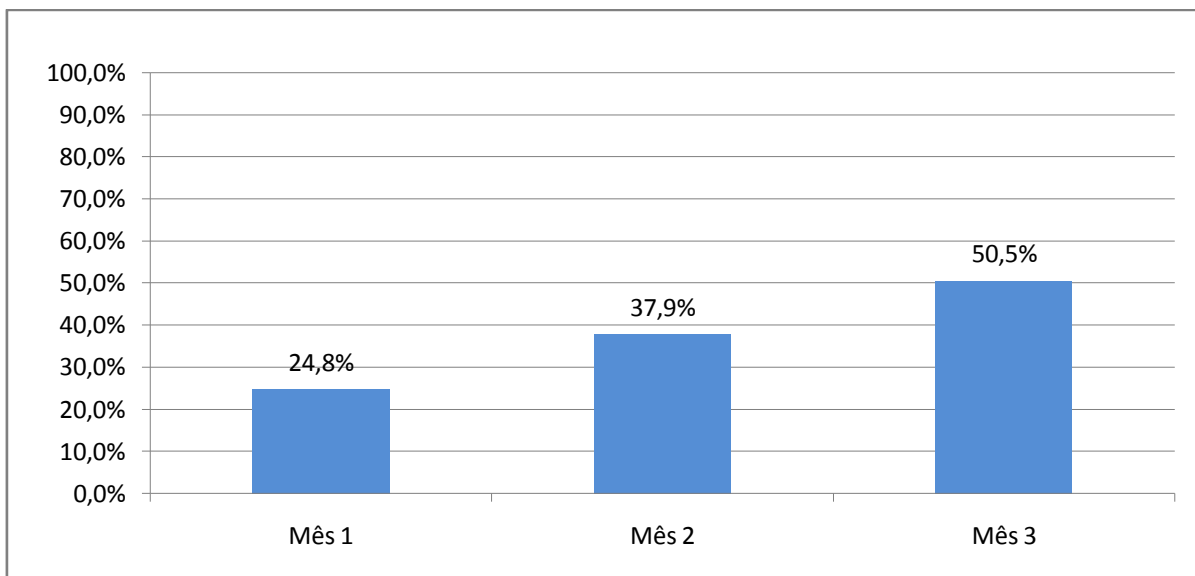


Figura 17 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde nos meses de fevereiro, março e maio de 2015, Espumoso/RS.

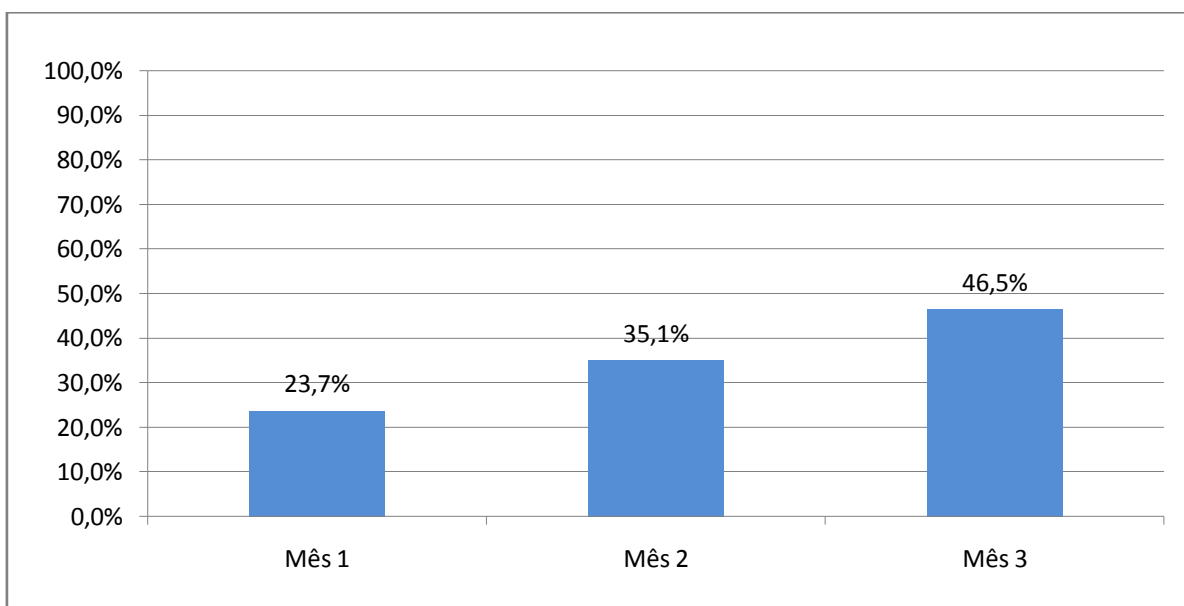


Figura 18 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde nos meses de fevereiro, março e maio de 2015, Espumoso/RS.

## **Objetivo 2- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Com relação ao exame clínico apropriado, no primeiro mês foi realizado em 102 hipertensos e em 27 diabéticos, no segundo mês em 156 hipertensos e a 40 diabéticos, no terceiro mês 208 usuários portadores de hipertensão e a um total de 53 usuários portadores de diabetes mellitus, representando 100% da meta alcançada nos três meses.

Durante as consultas médicas tanto na UBS como no CRAS-2 foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo a cada hipertenso e a cada diabético, em busca de alterações de cada sistema do organismo humano, que possam vir a comprometer a vida do usuário hipertenso e/ou do diabético.

Atualmente, continuamos acompanhando a estes usuários com a mesma qualidade de atenção oferecida durante a intervenção.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Prosseguindo a análise, no primeiro mês de intervenção, o número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 102, no segundo de 156 e terceiro mês de 208, representando 100% da população com exames em dia nos três meses.

No primeiro mês de intervenção, o número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 27, no segundo de 40 e terceiro mês 53, representando 100% da população diabética com exames em dia nos três meses da intervenção.

Para justificar a ação é importante relatar que a grande maioria dos usuários comparecia à unidade com exames complementares em dia, de tal maneira que possibilitou cumprir com este indicador. E apesar de no decorrer da

intervenção a realização dos exames se tornou lentificada pela realização de mais quatro projetos no município, utilizamos como alternativa prescrever os exames a aqueles usuários que estavam atrasados por um período de três meses ou mais e em dependência do risco cardiovascular.

Além disso, os usuários que haviam realizado exames recentemente não foram solicitados novos exames no momento da avaliação. Os resultados destes usuários foram lançados na ficha-espelho pelos ACS após a avaliação clínica.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Seguindo a análise, no primeiro mês de intervenção, o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi de 102, no segundo mês de 156 e terceiro mês de 208, totalizando 100% da população hipertensa em uso destes medicamentos nos três meses.

No primeiro mês de intervenção, o número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi de 27, no segundo mês de 40 e terceiro mês de 53, totalizando 100% da população diabética com prescrição de medicamentos nos três meses.

Apesar de no início da intervenção ter havido um déficit de medicamentos básicos na farmácia da unidade, este não foi motivo para não cumprir com este indicador, pois disponibilizamos receitas médicas para que os usuários realizassem o cadastro nas Farmácias Populares para a retirada dos medicamentos. Atualmente, a farmácia da unidade possui os medicamentos básicos que a maioria dos usuários necessita.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico 102 usuários hipertensos e 27 usuários diabéticos, no segundo mês um total de 156 hipertensos e 40 diabéticos foram avaliados, no terceiro mês 208 hipertensos e um total de 53 usuários diabéticos receberam avaliação odontológica, representando 100% de atenção para este serviço ao longo de todos os meses.

A unidade de saúde conta com dois odontólogos, o que facilitou o cumprimento deste indicador, a equipe avaliou 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em consulta individual e foram encaminhados aqueles usuários que realmente necessitavam de atendimento odontológico após um prévio exame da cavidade bucal pela médica especializanda, realizando busca de patologias bucais como, por exemplo, gengivites, estomatite, cáries, ulcerações na mucosa bucal, hipocalcificação do esmalte, candidíase, entre outros. Cabe mencionar que alguns usuários receberam avaliação odontológica no setor privado, sendo confirmada esta informação pelos mesmos.



Figura 19 – Consulta Odontológica na ESF Drº René Baccin no município de Espumoso/RS.

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Para melhor entendimento desta meta e indicador, destacamos que tivemos alguns usuários que não comparecerem às consultas médicas e odontológicas agendadas, mas não foram preenchidos na coleta de dados como usuários faltosos até conseguirmos mediante o comprometimento deles para comparecerem à unidade para receber atenção médica. Diante dessa realidade, foi necessária a busca ativa por meio de visita domiciliar pelos ACS e contato por via telefônica realizada pela recepcionista.

Assim, conseguimos, por meio da insistência, o comparecimento destes usuários faltosos (tanto hipertensos quanto diabéticos) para avaliação clínica e monitoramento das patologias, sendo avaliados na mesma semana que faltaram à consulta previamente agendada, pois estes usuários ocuparam as consultas de reserva da semana, onde foram coletados seus dados após o comparecimento às consultas médicas. Portanto, consideramos que não houve usuários faltosos às consultas devido à estratégia utilizada com ajuda dos ACS permanecendo estes percentuais em 0%. Por isso não apresentamos os gráficos referentes às metas 3.1 e 3.2.

**Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.**

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Dando seguimento a descrição dos resultados, neste indicador mencionamos que no primeiro mês 102 hipertensos e 27 diabéticos estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, ascendendo ao segundo mês para 156 hipertensos e 40 diabéticos, no terceiro mês para 208 hipertensos e 53 diabéticos, representando 100% de usuários hipertensos e 100% dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

As fichas-espelho foram organizadas por semanas, identificando o usuário hipertenso com um adesivo vermelho e o usuário diabético com um adesivo amarelo. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha-espelho para a consulta, sendo registrados adequadamente todos os dados do usuário.

**Objetivo 5** – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Seguindo a análise, no primeiro mês foi realizada a estratificação de risco cardiovascular a 102 usuários hipertensos e a 27 usuários diabéticos, no segundo mês a 153 hipertensos e a 40 diabéticos, no terceiro mês para 208 hipertensos e para 53 usuários diabéticos, totalizando 100% da população hipertensa e 100% dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular realizada durante a intervenção.

Por meio do exame clínico e utilização do escore de Framingham foi realizado a todos os usuários hipertensos e diabéticos a estratificação do risco cardiovascular. Este risco pode ser baixo, moderado ou alto, em dependência dos fatores de risco, objetivando estimar o risco do usuário hipertenso e/ou diabético vir a sofrer de uma doença arterial coronária nos próximos dez anos. Além disso, ele permite a equipe definir os parâmetros de cuidado e também os critérios



relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS e/ou DM. Também foi realizado o exame dos pés em usuários diabéticos em busca de patologias associadas ao pé diabético.

**Objetivo 6** – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês de intervenção um total de 102 usuários hipertensos e 27 usuários diabéticos receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, no segundo mês as orientações foram oferecidas a 156 hipertensos e 40 usuários diabéticos e no terceiro mês 208 usuários hipertensos e 53 diabéticos receberam orientações nutricionais, totalizando 100% da população hipertensa e diabética acompanhada durante a intervenção.

Estas orientações foram disponibilizadas em reuniões e consultas médicas tanto na UBS como no CRAS-2 por meio de conversas com os usuários hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável, a fim de garantir um controle adequado desta patologia crônica aos mesmos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês de intervenção foram 102 usuários hipertensos e 27 usuários diabéticos receberam orientações sobre prática regular de atividade física, no segundo mês um total de 156 hipertensos e 40 diabéticos, no terceiro

mês 208 usuários hipertensos e um total de 53 diabéticos receberam orientações sobre atividade física, totalizando 100% da população hipertensa e diabética acompanhada no período.

As orientações sobre prática regular de atividade física foram oferecidas tanto em reuniões como em consultas médicas realizadas na UBS ou no CRAS-2 por meio de conversas com os usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância da realização de atividades físicas.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês de intervenção 102 hipertensos e 27 usuários diabéticos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 156 hipertensos e 40 diabéticos e no terceiro mês 208 hipertensos e 53 diabéticos totalizando 100% dos hipertensos e diabéticos orientados sobre riscos do tabagismo durante a intervenção.

As orientações sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos foram ofertadas em todos os momentos de consulta e encontros durante a intervenção, pois este é um fator de risco importante que pode comprometer a qualidade de vida tanto dos usuários hipertensos como dos diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês de intervenção 102 usuários hipertensos e 27 usuários

diabéticos receberem orientações sobre higiene bucal, no segundo mês estas orientações foram oferecidas a 156 hipertensos e a 40 diabéticos, no terceiro mês a 208 hipertensos e a 53 usuários diabéticos, totalizando 100% da população hipertensa e diabética acompanhada durante a intervenção.

Assim como as demais orientações, as sobre higiene bucal também foram oferecidas aos hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção por meio dos encontros em grupos, consultas médicas e em consultas odontológicas individualmente.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Dr<sup>o</sup>. René Baccin para qualificar a Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético promoveu a ampliação da cobertura da atenção aos grupos, melhoria nos registros por meio da implantação da ficha-espelho e, especialmente, aos diabéticos destaca-se a melhoria na qualificação da atenção com a realização do exame dos pés dos mesmos, anteriormente não realizada como parte da avaliação cotidiana. Além disso, realizamos a classificação de risco para ambos os grupos.

Para a realização da intervenção foi necessário promover a capacitação da equipe para que todos utilizassem as mesmas recomendações do Ministério da Saúde concernentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e do Diabetes. Esta atividade estimulou a integração de toda a equipe envolvendo médica, enfermeira, técnicas de enfermagem, ACS e recepção.

Para organização e planejamento do trabalho foram definidas as atribuições de cada membro da equipe ficando o acolhimento sob responsabilidade da enfermeira. A identificação dos usuários participantes da intervenção foi realizada com ajuda dos ACS. A atualização do cadastramento também foi realizada em reuniões de grupos e encontros com as comunidades além do domicílio.

Durante a intervenção, as funções da médica centralizaram-se em consultas incluindo o exame clínico, a prescrição de exames complementares, a prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado na ficha de acompanhamento, a avaliação do risco

cardiovascular para ambas as patologias sendo este também avaliado pela enfermeira. Além disso, também forneceu orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras em consulta individual, em atividades educativas e em visitas domiciliares com a participação da enfermeira e dos ACS além de manter participação ativa em reuniões de grupos junto à comunidade.

A equipe de técnicos de enfermagem foram os responsáveis pela verificação das medidas de sinais vitais e demais mensurações. A recepção, pelo agendamento das consultas em horários previamente estipulados. Os odontólogos realizaram a avaliação odontológica para todos os usuários bem como participaram das atividades educativas junto aos grupos na comunidade, alcançando um impacto positivo para o serviço, pois tivemos um aumento considerável no atendimento e nas atividades desenvolvidas tanto na unidade como fora desta.

Portanto, consideramos que o trabalho realizado foi de grande importância para a equipe, pois permitiu à mesma ampliar os conhecimentos, trocar ideias e experiências qualificando o trabalho bem como aumentar a integração entre os membros.

As atribuições da equipe foram revistas com a intervenção, pois anteriormente as atividades eram focadas no atendimento médico. Com a organização do serviço por meio de agendamento para o atendimento ao grupo de hipertensos e diabéticos e utilização das fichas-espelho para monitoramento conseguiu-se ampliar a oferta de atendimento também para a demanda espontânea. Além disso, a classificação de risco dos hipertensos e/ou diabéticos tem contribuído sobremaneira para a priorização do atendimento aos mesmos.

Também foi de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, possibilitou a organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha-espelho) para monitoramento destes.

A comunidade de certa forma já sentiu as mudanças ocorridas com a intervenção, pois houve aumento de ações no sentido de promover educação em

saúde à população hipertensa e/ou diabética. Também houve demonstrações de satisfação por parte dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas pela falta de conhecimento por parte dos demais usuários do serviço quanto à reorganização do atendimento a este grupo percebeu-se certa insatisfação com a priorização de atendimento a este grupo específico. Assim, necessitamos divulgar mais sobre esta ação para a comunidade e ampliar a qualificação para as demais ações.

Esta intervenção também foi de muita importância para a comunidade, pois primeiramente melhorou o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorou a relação equipe-comunidade, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas com a comunidade, promovendo melhoria quanto à qualidade de vida desta população.

Ao finalizarmos a intervenção destacamos que poderíamos ter envolvido mais a equipe desde o início do curso discutindo problemas e dificuldades levantadas especialmente durante o processo de análise situacional realizada para o curso buscando soluções em conjunto. Apesar disso, hoje percebemos que a equipe está mais integrada e capaz de dar continuidade às ações iniciadas com a intervenção incorporando-as à rotina do serviço para dar continuidade à melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. No entanto, necessitamos ampliar as ações no sentido de conscientizar aos demais usuários pertencentes à comunidade quanto à priorização da atenção ao grupo dos hipertensos e/ou diabéticos, em especial os de alto risco.

A equipe manterá no serviço a mesma qualidade de atenção dispensada durante a intervenção, mas necessitamos buscar hipertensos e/ou diabéticos que não foram avaliados durante as 12 semanas de intervenção. Esta busca poderá ser possível por meios sociais, cartazes, entre outras alternativas, a fim de que sejam também avaliados e possam ser monitorados pela equipe de saúde da unidade.

Ainda, esperamos a contratação de mais dois ACS para cobertura total da área de abrangência. A partir disso, poderemos ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à unidade. Além disso, tomando este projeto como exemplo, pretendemos estender e implementar ações de

qualificação para outras ações desenvolvidas no serviço iniciando pela qualificação do pré-natal.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado Gestor Municipal,

O projeto de intervenção relacionado à Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético pertencente à área de abrangência da ESF Drº. René Baccin estava previsto para ser desenvolvido em 16 semanas, mas devido ao período de férias da especializanda foi reduzido para 12 semanas com início a partir da primeira semana do mês de fevereiro de 2015. A equipe de saúde reconheceu que a qualidade das ações desenvolvidas no transcurso da intervenção permitiu ampliar a cobertura da população hipertensa e diabética elevando os indicadores de qualidade do Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos no município de Espumoso/RS.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças acompanhadas pelo Programa de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos e constitui-se em uma das ações programáticas importantes no contexto da atenção primária à saúde entre as doenças não transmissíveis. Consideradas também as afecções mais comuns da saúde pública na atualidade que atinge um grande número de pessoas e em ausência de sua identificação precoce, tratamento e autocuidado adequados, podem deixar sequelas irreversíveis, necessitando, de cuidados profissionais.

A escolha em trabalhar com o grupo de hipertensos e diabéticos na unidade se deu a partir da necessidade de uma melhor organização do serviço e uma atenção com qualidade à população com o objetivo de diminuir o índice de mortalidade e de hospitalizações no SUS, pois a maioria destes usuários recebia atendimento por demanda espontânea, o que não permitia um adequado

dimensionamento no programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos conforme preconizado.

Apresentamos a seguir um quadro resumo em que se apresenta a realidade anterior e após a intervenção realizada. O CAP estimou um total de 894 hipertensos e 255 diabéticos para a área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Destes, eram acompanhados apenas 18% (159) dos hipertensos do total de 894 e 15% (38) dos diabéticos do total de 255 estimados para a área.

Indicadores	Antes da intervenção HIPERTENSOS	Após a intervenção HIPERTENSOS	Antes da intervenção DIABÉTICOS	Após a intervenção DIABÉTICOS
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou ao diabético na unidade de saúde.	18% (159)	50,5% (208)	15% (38)	46,5% (53)
Realização de exame clínico em hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)
Realização de exames complementares em hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)
Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA aos hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)
Avaliação da necessidade de atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos	0%	100% (208)	0%	100% (53)
Busca de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas		0%		0%
Registro adequado em fichas-espelho ou de acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)
Realização da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)



Orientação nutricional à hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)
Orientação sobre a prática de atividade física a hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)
Orientação sobre os riscos do tabagismo a hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)
Orientações sobre higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos	74% (118)	100% (208)	84% (32)	100% (53)

Figura 20 – Quadro demonstrativo da situação da Unidade de Saúde Drº René Baccin no município de Espumoso/RS anterior e após a intervenção realizada na unidade de fevereiro a junho de 2015.

A realização da análise situacional, ferramenta importante na Atenção Primária de Saúde, nos permitiu avaliar o comportamento dos indicadores de saúde deste programa no município no início do curso de especialização. Na primeira semana da intervenção foi apresentado o projeto para todos os profissionais da unidade e os ACS foram os responsáveis pela divulgação do projeto bem como a rádio local. Assim, todos os usuários da unidade tomaram conhecimento acerca do projeto de intervenção que foi desenvolvido.

Para a realização deste trabalho foi elaborado um cronograma para acompanhar a realização das ações previstas no projeto permitindo uma organização eficaz das mesmas. Para garantir um atendimento de qualidade à população foram realizadas duas semanas de capacitação sobre os protocolos do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes mellitus, com participação ativa de todos os ACS e funcionários da unidade. Realizamos conversas sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe.

Com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção e para uma melhor organização do serviço todas as fichas-espelho forem organizadas por semanas de atendimento, identificando o usuário hipertenso com um adesivo vermelho e o usuário diabético com um adesivo amarelo. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha-espelho para a consulta.

Agrademos o apoio recebido do gestor municipal quanto à disponibilidade de folhas suficientes para a realização da impressão das fichas-espelho bem como dos protocolos de HAS e DM do Ministério de Saúde do ano de 2013, pois estes não existiam na unidade.

Realizamos consultas individuais baseadas na avaliação clínica incluindo o exame clínico, prescrição de exames complementares, prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, realizamos o registro adequado na ficha de acompanhamento, avaliação do risco cardiovascular para ambas as patologias, permitindo esta última a estipularmos a periodicidade das consultas. Além disso, foram realizadas orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à unidade e aos que necessitavam de assistência médica de forma imediata. Neste momento, também aproveitamos para agradecer ao gestor de saúde pela disponibilização do transporte para a equipe para realizar as mesmas.

Realizamos oito encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos com participação média de 22 pessoas aproximadamente. Estes foram desenvolvidos na UBS, no Centro de Referência de Assistência Social 2 (CRAS 2) e na Igreja Evangélica ao final de cada mês (para hipertensos, diabéticos e seus acompanhantes).

Durante as reuniões tanto na UBS como no CRAS-2 também foram realizadas orientações nutricionais sobre uma alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre saúde bucal, entre outras temáticas relacionadas com estas patologias.

Como atividade comunitária, no ultimo mês foram realizadas duas palestras coletivas sobre o tema “HAS/DM: estilo e modo de vida saudável” com a participação de um odontólogo que palestrou sobre “saúde bucal”. Aproveitando a oportunidade para cadastrar novos usuários e realizar agendamentos para avaliação clínica na UBS e CRAS-2.

Durante o período da intervenção foram avaliados 213 usuários do total de 412 hipertensos e 114 diabéticos cadastrados na Unidade. Destes, 208

(50,5%) são hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e um total de 53 (46,5%) são diabéticos com 20 anos ou mais também residentes na área e acompanhados na unidade.

Apesar de não ter sido alcançada a meta de 60% dos usuários hipertensos e diabéticos proposta inicialmente, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades realizadas durante a intervenção. Os indicadores de qualidade mantiveram-se em 100% desde o início até o final da intervenção.

Portanto, consideramos que o trabalho realizado foi de grande importância para a equipe, pois permitiu à mesma ampliar os conhecimentos, trocar ideias e experiências qualificando o trabalho bem como aumentar a integração entre os membros.

Sendo também de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, possibilitou a organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha-espelho) para monitoramento destes.

Também foi de muita importância para a comunidade, pois primeiramente melhorou o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorou a relação equipe-comunidade, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade promovendo melhoria quanto à qualidade de vida desta população.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos com o trabalho dia a dia objetivando incorporar novos usuários monitorando-os de forma contínua. Esperamos continuar com o apoio da gestão para intervenções futuras que pretendemos implementar na unidade tomando este projeto como exemplo a fim de continuar melhorando a saúde da população pertencente à área de abrangência da ESF Drº. René Baccin e, ao mesmo tempo, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre a intervenção realizada ou para planejamentos para o futuro.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da ESF Drº. René Baccin, Espumoso/RS

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezada Comunidade,

O projeto de intervenção relacionado à Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético pertencente à área de abrangência da Unidade estava previsto para ser desenvolvido em 16 semanas na Unidade de Saúde Drº. René Baccin, mas devido ao período de férias da especializanda foi reduzido para 12 semanas com início a partir da primeira semana do mês de fevereiro de 2015. Com o trabalho dos ACS e da divulgação do projeto por meio da rádio local, foi possível que todos vocês tomassem conhecimento acerca das ações que estavam previstas para serem realizadas por meio do projeto de intervenção.

Elaboramos um cronograma para ser seguido e desenvolver as ações previstas no projeto objetivando um planejamento adequado e uma melhor organização destas ações. Para poder fornecer um atendimento de qualidade à vocês foram realizadas duas semanas de capacitação, com a participação ativa de todos os ACS e funcionários da UBS, realizando conversas sobre temas como HAS, DM, funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe. Com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção a ser desenvolvida e para uma melhor organização do serviço todas as fichas-espelho foram organizadas por semanas de atendimento, identificando o usuário hipertenso com um adesivo vermelho e o usuário diabético com um adesivo amarelo. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha-espelho para a consulta.

Em cada consulta individual foi realizada uma avaliação clínica incluindo o exame clínico, além da prescrição de exames complementares, a prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado

na ficha de acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular para ambas as patologias, permitindo nesta última avaliar a periodicidade das consultas. Além disso, foram realizadas orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à unidade e aos que necessitavam de assistência médica de forma imediata.

Realizamos oito encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos. Estes foram desenvolvidos na UBS, no Centro de Referência de Assistência Social 2 (CRAS 2) e na Igreja Evangélica ao final de cada mês (para hipertensos, diabéticos e seus acompanhantes). Durante as reuniões tanto na UBS como no CRAS 2 foram realizadas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre saúde bucal, entre outras temáticas relacionadas com estas patologias.

Como atividade comunitária, no último mês foram realizadas duas palestras coletivas sobre o tema “HAS/DM: estilo e modo de vida saudável” com a participação de um odontólogo que palestrou sobre “saúde bucal”. Aproveitando a oportunidade para cadastrar novos usuários e realizar agendamentos para avaliação clínica na UBS e CRAS.

Certamente houveram algumas dificuldades vivenciadas no transcurso da intervenção. Diante dessa realidade, foi necessária a busca de alternativas e possíveis soluções para melhorar a qualidade de atenção tanto do usuário hipertenso como do diabético e elevar a satisfação dos mesmos.

Julgo interessante ressaltar que antes da intervenção existia um predomínio da demanda espontânea de adultos tanto de hipertensos como de diabéticos para atendimento, não havia uma adequada organização do serviço, sendo este modificado e reorganizado durante a intervenção programando as consultas agendadas tanto clínicas como odontológicas, além das visitas domiciliares e atividades educativas com os usuários e a comunidade, de tal forma que atualmente estamos dando continuidade a esta programação de consultas e atividades de forma organizada e contínua, logrando uma melhor qualidade de atenção de todos os usuários.

Realizando uma comparação é importante mencionar que antes da intervenção, a unidade de saúde acompanhava um total de 18% (159) hipertensos residentes e cadastrados do total de 894 usuários hipertensos com 20 anos ou mais segundo a estimativa prevista no Caderno de Ações Programáticas (CAP). Do total acompanhado na unidade, 74% (118) hipertensos apresentavam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável. Não foi possível obter o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, cabe mencionar que não era realizada a avaliação de saúde bucal.

Em relação à atenção aos diabéticos, os resultados são muito semelhantes, pois a cobertura era apenas de 15% perfazendo um acompanhamento de 38 diabéticos do total de 225 estimados pelo CAP. Destes, 84% (32) diabéticos apresentavam realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável. Não foi possível obter o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, cabe mencionar também que os usuários acompanhados na unidade não possuíam avaliação de saúde bucal.

Ao finalizar a intervenção realizada em três meses alcançamos cobertura de 50,5% (208) da população hipertensa e 46,5% (53) da população diabética, pertencentes à área de abrangência da unidade. Apesar de não termos alcançada a meta de 60% de cobertura proposta inicialmente, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção.

Assim, quanto à realização do exame clínico apropriado, à solicitação para a realização de exames complementares, a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, a avaliação odontológica, ao registro adequado, a estratificação de risco cardiovascular, à promoção de saúde, ao fornecimento de

orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre higiene bucal alcançando 100% nestes indicadores, tanto para a população hipertensa quanto para a população diabética.

Destacamos que tivemos alguns usuários que não compareceram às consultas médicas e odontológicas agendadas, diante dessa realidade, foi necessária a busca ativa por meio de visita domiciliar pelos ACS e contato por via telefônica realizada pela recepcionista, conseguindo o comparecimento destes usuários faltosos (tanto hipertensos quanto diabéticos) para avaliação clínica, odontológica e monitoramento das patologias, sendo avaliados na mesma semana que faltaram à consulta previamente agendada, pois estes usuários ocuparam as consultas de reserva da semana, onde foram coletados seus dados após o comparecimento às consultas médicas.

Com certeza a intervenção propiciou à comunidade ganho quanto à melhoria do acolhimento, da qualidade na atenção médica, do controle da HAS e DM, a relação equipe-comunidade melhorou, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade, promovendo melhoria quanto à qualidade de vida para todos.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos com o trabalho no dia a dia objetivando alcançar novos usuários para que possam ser acompanhados de forma contínua. Esperamos que com as atividades já realizadas até o momento possamos motivar e entusiasmar à todos vocês, membros da comunidade e possamos contar com a participação de cada um nas atividades que continuarão a ser desenvolvidas na unidade. A equipe aguarda o comparecimento de todos ao serviço a fim de oferecer um suporte especializado quanto ao cuidado para a saúde de cada um.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Drº. René Baccin



## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

A participação no Programa mais Médicos me ofereceu uma grande variedade de novas experiências. A possibilidade de continuar morando e estudar durante 12 meses fora do meu país de origem continuam sendo muito enriquecedora para mim. A oportunidade de estar no Brasil serviu-me para aprender uma nova língua que é o Português e assim melhorar a minha comunicação com a sociedade brasileira, constituindo no começo do curso um grande desafio para estabelecer uma adequada comunicação.

O Curso de Especialização em Saúde da Família significou para minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da ESF no Brasil e a oportunidade de mudar meu processo de trabalho e dos integrantes da equipe da UBS Drº. René Baccin do município de Espumoso/RS. A minha prática profissional neste curso tornou-se cheia de novas reflexões, experiências e opiniões.

Foi um imenso prazer compartilhar meus conhecimentos e minhas experiências na saúde da família com a equipe, assim como aprender deles suas experiências profissionais, sendo de forma recíproca estas vivências durante toda a trajetória deste curso.

A participação nos fóruns também me permitiu compartilhar meus conhecimentos, discussões de casos clínicos interativos, práticas clínicas, dúvidas, experiências com profissionais de diversos países. A realização dos Testes de Qualificação Cognitiva me proporcionaram melhorias em minha prática clínica como profissional de saúde.

O projeto de intervenção demonstrou que mesmo com dificuldades, desafios do dia a dia e perseverança, foi possível dispensar uma atenção de

qualidade aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade assim como para a população em geral.

Considero que o Trabalho de Conclusão de Curso é uma proposta que serve para dar continuidade à intervenção e a possibilidade de implementar outros programas na Atenção Primária de Saúde.

Antes de concluir esta reflexão não posso deixar de agradecer a minha orientadora Niviane Genz, pelo apoio, confiança, paciência e empenho dedicado durante todo o curso.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

## **Anexos**

**Anexo A – Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## Anexo B – Planilha de coleta de dados

2014\_11\_06 Coleta de dados HAS e DM - Microsoft Excel

Exibição Revisão Dados Fórmulas

Barra de Fórmulas

Barra de Mensagens

Mostrar/Ocultar

Zoom

Zoom 100%

Zoom na Seleção

Nova Janela

Organizar Tudo

Congelar Painéis

Dividir

Exibir Lado a Lado

Relagem Sincronizada

Redefinir Posição da Janela

Salvar Espaço Alternar de Trabalho Janelas

Macros

Normal Layout da Página Visualização da Página Quebra de Página Modos de Exibição Personalizados Tela Intelta Modos de Exibição de Pasta de Trabalho

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
29																			
30																			
31																			
32																			
33																			
34																			
35																			
36																			
37																			
38																			
39																			
40																			
41																			
42																			
43																			
44																			
45																			
46																			
47																			
48																			
49																			
50																			
51																			
52																			
53																			
54																			
55																			
56																			
57																			
58																			
59																			
60																			
61																			
62																			
63																			
64																			
65																			
66																			
67																			
68																			
69																			
70																			
71																			
72																			
73																			
74																			
75																			
76																			
77																			
78																			
79																			
80																			
81																			
82																			
83																			
84																			
85																			
86																			
87																			
88																			
89																			
90																			
91																			
92																			
93																			
94																			
95																			
96																			
97																			
98																			
99																			
100																			

Pronto

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

21:32 25/05/2015



## **Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante